



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com relatório de Estágio

DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES PRINCIPAIS

Um projecto de intervenção de enfermagem comunitária no Centro de Saúde de Sines

Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho n.º 3972

Lisboa

Outubro de 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com relatório de Estágio

DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES PRINCIPAIS

Um projecto de intervenção de enfermagem comunitária no Centro de Saúde de Sines

Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho n.º 3972

Docente orientadora: Prof^a. Doutora Maria Manuel Quintela

Coorientadora: Enf.^a Anabela Pereira

Lisboa

Outubro de 2013

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Manuel Quintela, que orientou este trabalho, agradeço o seu incentivo, disponibilidade, apoio e orientação.

À Enfermeira Anabela Pereira, que coorientou este trabalho, agradeço as sugestões, conselhos e a sua disponibilidade.

Ao Agrupamento dos centros de saúde do Alentejo litoral e à Unidade local de saúde do Litoral Alentejano, agradeço a possibilidade de frequentar o mestrado e realizar estágio, com implementação de um projeto de intervenção comunitária.

A todos os colegas que de algum modo me apoiaram e/ou incentivaram na elaboração deste trabalho.

Aos cuidadores, à equipa de saúde e parceiros da comunidade, agradeço a todos a disponibilidade em participarem no projeto.

À minha família, e em especial ao meu marido Eduardo e aos meus filhos Pedro e Tiago, por me terem sempre apoiado, bem como pelo tempo que não estive presente enquanto decorreu o curso e a elaboração deste relatório.

A todos, um bem hajam.

Resumo

A prestação de cuidados permanentes a pessoas dependentes no domicílio desenvolve na maioria das vezes problemas nos cuidadores. O cuidador principal é quem realiza a maior parte dos cuidados, sentindo dificuldades por sobreposição de múltiplas tarefas. Neste sentido, o projeto escolhido para o estágio de intervenção de enfermagem comunitária foram os cuidadores principais de pessoas dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Sines, sendo esta a população alvo.

O projeto teve como objetivo conhecer as dificuldades sentidas por esses cuidadores principais de pessoas dependentes, com a finalidade de capacitá-los para diminuir essas dificuldades.

Foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990), tendo aplicado o CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Sequeira, 2010) e realizados dois estudos de caso. Após análise e tratamento dos dados, os resultados obtidos revelaram que os cuidadores apresentavam dificuldades categorizadas com três tipos de problemas relativos às categorias “restrições sociais”; “exigências do cuidar” e “reações ao cuidar”.

De acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem (1993) e com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o diagnóstico de enfermagem foi de défice de autocuidado.

Assim, foram desenvolvidas estratégias para que os cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI melhorassem o seu autocuidado. Neste sentido para apoiar esses cuidadores foi disponibilizada uma equipa de voluntariado, e foram realizadas sessões de grupo de educação para a saúde. Para os cuidadores impossibilitados de comparecer a estas sessões foram abordados individualmente, os temas durante a visita domiciliária.

Após a implementação destas estratégias verificou-se que os cuidadores melhoraram o seu “sentir” relativamente às categorias do CADI que tinham sido anteriormente identificadas como problemas prioritários, enfatizando a importância do suporte da enfermagem comunitária a estes cuidadores.

Palavras-chave: Cuidadores principais; autocuidado; enfermagem comunitária, planeamento em saúde.

Abstract

The supply of permanent care for dependents in the household, develop problems in Principal Carers. The Principal Carers are the one who does most of the cares for dependent people, feeling difficulties by superimposing multiple tasks.

This report describe the project chooses to the internship of Nursing Community Intervention focused on Principal Carers of dependent people who belong to Integrated Continuing Care Team (ECCI) from Sines Health Center, has the target group.

The aim of this project was to understand the experienced by these Carers, in order to find solutions to reduce their difficulties.

The methodology used was Health Planning (Tavares, 1990), applied the CADI - Carers Assessment of Difficulties Index (Sequeira, 2010) to evaluate the difficulties of the Carer. CADI's results revealed that Carers had difficulties. After prioritising these difficulties, three categories of problems were perceived: "Social Restrictions", "Demands while caring" and "Reactions on caring". Using the International Classification for Nursing Practice (ICNP) and Orem's Theoretical Reference (1993), the nursing diagnosis was self-care deficit.

As a consequence of these results, were developed strategies for Principal Carers to improved their self-care.

The strategies to support these Principal Carers consisted in volunteers team and group sessions where held health education. For carers unable to attend these sessions were addressed individually, the themes during the home visit.

After the implementation of these strategies it was found that Carers improved their "feeling" about CADIS's categories, which had been identified as priority problems.

Key words: Principal Carers, self-care, community nursing, health planning

Siglas

ACESAL - Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

AVD – Atividades de Vida Diária

BLVS - Banco Local de Voluntariado de Sines

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CIPE - Classificação Internacional para a prática de enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EUA – Estados Unidos da América

ICN – International Council of Nurses

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Índice

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	CUIDADORES E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	12
2.1.	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	16
2.2.	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.....	17
3.	PLANEAMENTO EM SAÚDE: METODOLOGIA	20
3.1.	Caracterização da comunidade.....	21
3.1.1.	Conselho de Sines	21
3.1.2.	Centro de Saúde de Sines.....	22
3.2.	Diagnóstico da situação: Apresentação e análise dos resultados	22
3.2.1.	Caracterização do utente dependente no domicílio.....	23
3.2.2.	Caracterização do cuidador principal	25
3.2.3.	Caracterização da prestação de cuidados.....	25
3.2.4.	Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)	27
3.2.5.	Ana e Marina: dois estudos de caso.	29
3.3.	Determinação de prioridades e seleção de estratégias.....	36
3.3.1.	Determinação de prioridades	36
3.3.2.	Diagnósticos de Enfermagem	39
3.3.3.	Fixação de objetivos	39
3.3.4.	Preparação Operacional	41
3.4.	Seleção e Implementação de Estratégias de Intervenção	42
3.4.1.	Apoio aos cuidadores por uma equipa de voluntariado.....	42
3.4.2.	Sessão: “Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores.	42
3.4.3.	Sessão: “Estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores do doente dependente: lazer, importância do sono e repouso e técnicas de relaxamento”.	43
3.4.4.	Sessão: “Importância da mobilidade, posicionamentos e transferências de pessoas dependentes”.	43
3.4.5.	Sessão: Estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados ao doente dependente: “Alimentação e higiene oral”	44
3.4.6.	Sessão sobre Recursos da Comunidade	44
3.5.	Apresentação e Análise dos Resultados	45
4.	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

Anexos

Anexo I – Índice de Barthel

Anexo II – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

Anexo III – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Sines

Anexo IV – Autorização para realizar estágio no Centro de Saúde de Sines

Anexo V - Declaração de autorização para discussão de relatório de estágio

Apêndices

Apêndice I – Caracterização da pessoa dependente

Apêndice II – Caracterização do cuidador principal e prestação de cuidados

Apêndice III – Consentimento informado para aplicação do CADI para diagnóstico da situação e na avaliação

Apêndice IV – Caracterização da pessoa dependente em ECCI.

Apêndice V – Avaliação do Índice de Barthel dos utentes em ECCI

Apêndice VI – Autorização para utilizar o CADI.

Apêndice VII – Tabelas de categorias de dificuldades avaliadas pelo CADI no diagnóstico da situação e avaliação

Apêndice VIII – Entrevista semi - estruturada e consentimento informado para estudo de caso

Apêndice IX – Cronograma das atividades desenvolvidas

Apêndice X – Preparação operacional – 5ª etapa do planeamento em saúde

Apêndice XI – Pesquisa sobre as estratégias de intervenção: Apoio por uma equipa de voluntariado e sessões formativas e de partilha.

Apêndice XII – Sessão: “Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores - Preparação operacional, plano e avaliação da sessão.

Apêndice XIII – Sessão: “Estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores do doente dependente: lazer, importância do sono e repouso e técnicas de relaxamento” – Preparação operacional, plano e avaliação da sessão.

Apêndice XIV – Sessão: “Importância da mobilidade” – Preparação operacional plano e avaliação da sessão.

Apêndice XV – Sessão: “Alimentação e higiene Oral” – Preparação operacional, plano e avaliação.

Apêndice XVI – Sessão: “Recursos da comunidade” – Preparação operacional, plano e avaliação da sessão.

Quadros

Quadro n.º 1 – Requisitos da Teoria do autocuidado (Orem, 1993)	17
Quadro n.º 2 – Caracterização do cuidador principal de utente em ECCI (2012)	26
Quadro n.º 3 – Caracterização da prestação de cuidados dos cuidadores de utentes em ECCI (2012)	26
Quadro n.º 4 – Afirmações em que o “Sentir” dos cuidadores apresentaram respostas mais negativas	37
Quadro n.º 5 – Afirmações em que todos os cuidadores “Sentem” dificuldades	38
Quadro n.º 6 – Determinação de prioridades dos problemas de cuidadores principais de utentes da ECCI - Técnica de comparação por pares	38
Quadro n.º 7 – O “Sentir” dos cuidadores relativamente às afirmações do CADI das categorias de intervenção prioritária na fase de diagnóstico e avaliação.	46

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com relatório de Estágio”, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Lisboa, foi realizado um estágio, que segundo o programa desta unidade curricular, visa “desenvolver competências de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade”.

Neste sentido o estágio teve como finalidade a implementação de um projeto de intervenção comunitária, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde (Tavares, 1990). A primeira fase de desenvolvimento do projeto decorreu no 2º semestre na unidade curricular Opção II, tendo sido feito o diagnóstico da situação, onde se identificaram as necessidades de um grupo populacional.

A área de intervenção escolhida foi a dos cuidadores principais (Caldas, 2002; Sequeira, 2010) de pessoas dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados do Centro de Saúde de Sines. A escolha da temática desenvolvida no projeto de intervenção teve como critério de escolha, uma necessidade sentida durante a minha experiência profissional, de que estes cuidadores por cuidarem de doentes dependentes apresentavam vários tipos de dificuldades às quais não tinham resposta.

Segundo os resultados dos censos 2011, a população portuguesa da faixa etária com mais de sessenta e cinco anos sofreu um aumento de 18,7%, comparando com os resultados dos censos 2001. O envelhecimento demográfico está associado a uma maior incidência de doenças crónicas incapacitantes, e a um aumento do número de cuidadores idosos, muitas vezes também eles com limitações físicas (Sequeira, 2010).

A dependência, segundo Figueiredo (2007), é a limitação da capacidade funcional, esta pode desencadear-se em qualquer momento da vida, mas é mais frequente ir aparecendo à medida que as pessoas envelhecem como consequência das doenças crónicas ou por uma perda gradual das funções fisiológicas.

As famílias têm sido historicamente reconhecidas como a principal estrutura para a manutenção da independência e saúde dos seus membros e, também tem sido identificadas como fundamentais na prestação de cuidados às pessoas dependentes do seu agregado familiar. Para proporcionar um apoio adequado é necessário encontrar um cuidador principal,

que é normalmente a pessoa mais próxima do dependente que está disponível para cuidar, sendo esta normalmente do sexo feminino (Sequeira e Brown, 2010).

O cuidador principal cuida por crer que é essa a sua obrigação “moral” (Brown, 2010), de acordo com normas e valores culturais (Figueiredo, 2007). Neste sentido há, na maioria das vezes, dificuldades sentidas por estes cuidadores, por sobreposição das múltiplas exigências do trabalho e da família, e a desvalorização que é feita pela sociedade a estes cuidadores. Os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas, que vão desde a vigilância e acompanhamento até à prestação directa de cuidados, que se desenvolvem num horário continuado, sem limite de tempo. Esta prestação permanente de cuidados pode produzir muitas dificuldades no cuidador, acabando por comprometer a vida social, a relação com outros membros da família, a sua saúde, o lazer; a disponibilidade financeira; a rotina diária e o desempenho profissional.

Os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade deverão ter um papel fundamental no alívio das dificuldades do cuidador, o que nem sempre acontece na atual situação política e económica portuguesa.

Quando o cuidador principal se sente apoiado, principalmente durante o dia, em que há tarefas que são asseguradas por outros, é possível manter a pessoa dependente no domicílio. Deste modo quer o cuidador, quer o dependente vão sentir-se melhor, porque continuam inseridos no ambiente que sempre conheceram, e com a sua família. Para isso, é fundamental conhecer os recursos existentes na comunidade, o estabelecimento de parcerias com as várias instituições existentes, a fim de se criarem soluções adaptadas a cada situação, e assim diminuir as dificuldades dos cuidadores.

Os enfermeiros, de entre os profissionais de saúde, são os que estão em melhores condições para contribuir para o desenvolvimento de competências do cuidador. Este será o elemento da equipa de saúde que deve fazer a articulação com os vários parceiros da comunidade, porque conhece bem a problemática de doente/cuidador, pois é muitas vezes o primeiro recurso dos cuidadores em situações de necessidade de cuidados de saúde à pessoa idosa dependente.

Em 2006, os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que assenta num modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais. Nesta rede estão incluídas as “Equipas de Cuidados Continuados Integrados” (ECCI), que são equipas domiciliárias que contribuem para a manutenção das pessoas dependentes no domicílio, sempre que lhe possam ser garantidos os cuidados de saúde e o apoio social necessários. Os

cuidadores fazem parte integrante desta rede, pois sem eles não era possível o doente dependente permanecer no seu domicílio.

A equipa de cuidados continuados integrados procura dar resposta às necessidades do doente dependente, não relevando muitas vezes as necessidades do cuidador, que assegura os cuidados ao seu dependente vinte e quatro sobre vinte e quatro horas. Cuidar de alguém é muito mais do que tarefas observáveis, pois requer um esforço contínuo a nível físico e emocional, muitas vezes não reconhecido. Desta forma, torna-se fundamental avaliar as dificuldades do cuidador.

Neste sentido, o objetivo deste projeto foi o de conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores principais, de doentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Sines, com a finalidade de capacitá-los, por forma a diminuir essas dificuldades. Para avaliar essas dificuldades foi aplicado como instrumento de colheita de dados o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI). Para aprofundar melhor estas dificuldades e respetivos contextos, foram feitos dois estudos de caso, cuja abordagem metodológica é adequada quando se procura perceber, analisar ou descrever acontecimentos e contextos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto, 2007).

Este relatório está organizado em quatro capítulos: introdução; cuidadores e enfermagem comunitária, onde é feito o enquadramento teórico de suporte do projeto; metodologia de planeamento em saúde, onde estão descritas as várias fases do projeto: diagnóstico da situação, seleção das prioridades, identificação e implementação de estratégias, e discussão de resultados; e finalmente a conclusão.

2. CUIDADORES E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deverá ter um “entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010,p.1). Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a enfermagem de saúde pública é uma especialidade direcionada para a população, orientada para a comunidade, o foco é a saúde e a sua prevenção. As intervenções são realizadas ao nível da comunidade ou da população e há preocupação pela saúde de todos os seus membros, principalmente os mais vulneráveis.

O Institute of Medicine dos EUA, em 1988 publicou um relatório sobre o futuro da saúde pública. Neste relatório, saúde pública foi definida como “aquilo que fazemos coletivamente como sociedade, para assegurar as condições em que as pessoas podem ser saudáveis” (Institute of Medicine, 1989, p.1). Neste documento é também referido que a missão da saúde pública é o desenvolvimento dos esforços organizados da comunidade para direcionar o interesse público para a saúde, aplicando os conhecimentos científicos e técnicos na prevenção da doença e promoção da saúde. Gonçalves Ferreira (1989) para definir saúde pública, define primeiro, saúde positiva. Assim saúde positiva é o estado do organismo que “mantém a normalidade do seu equilíbrio funcional, físico e psíquico”. Esta definição expressa a ideia de reforço dos fatores de promoção da saúde. Saúde pública é definida pelo mesmo autor, como:

a aplicação dos conhecimentos, descobertas e possibilidades científicas (...) como agentes de melhoria da saúde individual, familiar e da comunidade, num esforço coletivo e coordenado assente em serviços de saúde, integrado num sistema de cuidados de saúde. O seu objetivo é conseguir saúde positiva em larga escala (Ferreira, 1989 p.33).

Para a ordem dos enfermeiros as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

O Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de uma comunidade, assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações

necessárias, desenvolvendo em complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros da comunidade, programas e projetos com vista à capacitação e “empowerment” de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste projeto a área de intervenção escolhida foi “os cuidadores de pessoas dependentes”.

Segundo Daniela Figueiredo (2007), uma pessoa dependente é aquela que durante um período de tempo necessita de ajuda de outra para realizar determinadas atividades de vida diária. De acordo com a mesma autora quando se fala de dependência, há três fatores que a condicionam: “existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; incapacidade de realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência por parte de terceiros” (Figueiredo, 2007, p.65). A dependência inicia-se com um défice no funcionamento corporal em consequência de uma doença ou acidente. Este défice traduz-se numa limitação da atividade. Quando esta limitação não se consegue compensar com a adaptação ao meio, temos uma dependência, pois necessitamos da ajuda do outro para realizar as atividades de vida diária (Figueiredo, 2007). De acordo com Carlos Sequeira (2010), a avaliação precoce e a monitorização da dependência permitem o desenvolvimento de intervenções adaptadas às necessidades de cada um, e dos respetivos cuidadores. O cuidador principal do utente no domicílio pode ser caracterizado como “aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio” (Caldas, 2002, p.51). Para Carlos Sequeira (2010, p. 157), cuidador primário ou principal “é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados”. Estas definições referem-se ao cuidador principal de idoso que necessita de cuidados, no entanto esta definição pode também na minha perspectiva ser aplicada a qualquer pessoa, pois há pessoas dependentes que não são idosas.

De acordo com Françoise Collière, a sobrevivência do indivíduo depende do cuidar, entendendo a autora esta ser uma função especialmente humana desde os seus primórdios: “(...) velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de se reproduzirem e perpetuar a vida do grupo” (Collière, 1989, p.29). Para a mesma autora “cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas nas suas manifestações” (Collière, 1989, p.29).

A decisão de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é, por vezes, difícil de ser tomada e implica por parte do cuidador/família a privação das suas atividades sociais e

repercute-se no nível do relacionamento familiar (Figueiredo, 2007), e é “uma aprendizagem constante baseada nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com nível de dependência” (Grelha 2009, p.48).

Ainda segundo Patrícia Grelha (2009, p.49), os cuidadores “valorizam as necessidades da pessoa dependente que está a seu cargo deixando para segundo plano as suas próprias necessidades”.

Segundo Figueiredo (2007, p. 128), cuidar de alguém dependente “exige muito tempo e dedicação, uma parte do tempo que antes se dedicava ao lazer, é agora encaminhado para as exigências inerentes à prestação de cuidados”.

Carlos Sequeira (2010) e Daniela Figueiredo (2007), dizem que as repercussões associadas ao cuidar são de dois níveis: objetivas, que dizem respeito à situação de doença e incapacidade, e que resultam da prática de cuidados; subjetivas, as que resultam das atitudes, respostas emocionais, ou seja, da percepção do cuidador sobre a prática de cuidados (sofrimento, stress). Num estudo realizado em 2008, é referido que a “a promoção da saúde aos cuidadores dá grandes benefícios, quer aos próprios, quer para os doentes que são cuidados, quer para a sociedade em geral”. (Figueiredo & Sousa, p. 22). Os resultados obtidos num outro estudo com cuidadores:

evidenciam ainda claramente a importância das redes sociais na prevenção e controlo da solidão do cuidador, pelo que seria de extrema utilidade o incentivo à constituição de grupos de voluntários, ou grupos de ajuda mútua que pudessem cooperar nesta prestação informal de cuidados, servindo simultaneamente como agentes de suporte emocional do cuidador informal de idosos dependentes (Mata, Pimentel & Sousa, 2012, p. 478- 479).

Os requisitos do cuidador segundo Carlos Sequeira (2009, p. 173- 174), são: iniciativa, ou seja, ter a “capacidade de começar a atividade, reconhecer a necessidade, selecionar a intervenção e implementá-la”; responsabilidade, isto é, o “cuidador deve assegurar a qualidade da ação”. e deve ter também autonomia, que é a “capacidade para implementar e avaliar as ações por si”. As competências que estão associadas aos requisitos, segundo o mesmo autor (2010, p.175, 176 e 177) são: saber, isto é, saber o que é necessário para cuidar e saber como adquirir e desenvolver os conhecimentos e competências; saber fazer (habilidade instrumental); saber ser, isto é, saber cuidar-se. Nesta competência (Sequeira, 2010) devem desenvolver-se estratégias de coping centradas no cuidador e no problema; ou seja, a forma como cada cuidador resolve ou atenua as dificuldades percebidas por cuidar de uma pessoa dependente. De acordo com o mesmo autor, o cuidador para se saber cuidar deve desenvolver habilidades para lidar com ansiedade, sofrimento, desenvolver estratégias para

manter a capacidade física e mental; cuidar da sua aparência, ter projetos e interesses pessoais, interagir com o doente dependente e respeitar-se como pessoa.

Daniela Figueiredo (2007) refere que prestar cuidados durante longos períodos de tempo, pode ser extremamente difícil e desgastante a nível físico e psicológico para os cuidadores, e estes demonstram necessidades que variam consoante o contexto de cada um, estas podem ser necessidades de ajudas práticas e técnicas, de apoio financeiro e psicossocial, necessidade de tempo livre, de formação e informação.

Carlos Sequeira (2010) desenvolveu um estudo, na população portuguesa, onde avaliou as dificuldades dos cuidadores através da aplicação do Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI). Este instrumento de colheita de dados classifica as dificuldades em várias categorias (relacionais, sociais, exigências do cuidar, reações ao cuidar, apoio familiar e profissional). Nesse estudo realizado em Portugal no ano de 2007, relativo a 99 cuidadores de idosos com dependência física, as maiores dificuldades encontradas foram nas seguintes categorias:

- “Exigências do cuidar”, e a afirmação em que o “sentir” dos cuidadores apresenta resposta mais negativa é: “deixa-me muito cansado fisicamente” com 73.2%.
- “Reações ao cuidar”, e a afirmação em que o “sentir” dos cuidadores apresenta resposta mais negativa é: “por vezes sinto-me de “mãos atadas” sem poder fazer nada com 57,4%”.
- “Apoio profissional”, e a afirmação em que o “sentir” dos cuidadores apresenta resposta mais negativa é “não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”, com 68,3%.

Os profissionais de saúde além de dirigirem a sua atenção para o doente dependente devem orientar o cuidador/familiar para que este consiga adotar estilos de vida saudáveis, tendo em vista a melhoria da sua saúde e qualidade de vida, e assim conseguirem prestar melhores cuidados ao seu doente dependente.

A capacidade e disposição para assumir a responsabilidade a longo prazo de pessoas dependentes depende de um conjunto de circunstâncias e motivações, e segundo Figueiredo (2007) a maioria dos cuidadores que prestam cuidados acredita que é este o seu dever. Diana Brown (2010), na sua abordagem antropológica ao fenómeno, sobre uma comunidade do sul do Brasil, refere que estes “mostram o forte senso da comunidade sobre a obrigação da família cuidar de idosos dependentes” (Brown,2010, p. 231). Segundo Daniela Figueiredo (2007, p. 106), a decisão de cuidar de um doente dependente “é fortemente marcada pelas tradições de um país, pelos padrões e normas vigentes em cada cultura, pela concepção de vida e história de cada indivíduo”.

Na maioria dos doentes dependentes que permanecem no domicílio, “a escolha do cuidador é influenciada pelas características pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra” (Sequeira, 2010, p. 161). O cuidar é habitualmente uma tarefa da mulher, e normalmente é a mais próxima quem fica com esta responsabilidade (Figueiredo, 2007, Sequeira, & Brown, 2010).

Proporcionar um ambiente de qualidade e conforto ao doente dependente implica não apenas preparar o cuidador, dotando-o de conhecimentos básicos indispensáveis, mas igualmente conhecer os seus saberes e compreender os seus receios, limitações e necessidades.

2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A rede nacional de cuidados continuados integrados tem como missão “prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. (Unidade de Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2011, p.8).

Os Cuidados Continuados Integrados são definidos por um:

(...) Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (...) (Diário da Republica n.º 109, Série A de seis de Junho de 2006).

As equipas domiciliárias da rede nacional de cuidados continuados integrados são de dois tipos: equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Unidade de missão da Rede nacional de cuidados continuados integrados, 2011, p.10).

No âmbito deste projeto a ênfase é dada à equipa de cuidados continuados integrados, que é definida como

uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”. (cf. Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de Junho).

A equipa de Cuidados Continuados Integrados trabalha em articulação com outros membros da comunidade, e de acordo com o Artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho presta “cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa,

reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa”

Segundo a unidade de missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2011), os critérios de admissão para a integração de pessoas/famílias na equipa de cuidados continuados integrados são: pessoas em situação de dependência com deterioração significativa das atividades de vida diária; necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio; incapacidade de gestão do regime terapêutico e alta recente de unidade de internamento hospitalar. Assim, todas as pessoas internadas em ECCI, e pelos critérios de inclusão acima referidos, apresentam dependência, pelo que necessitam de ter um cuidador. Este cuidador por ter que satisfazer as necessidades da pessoa dependente, poderá ficar numa situação de vulnerabilidade, sendo esta uma área de intervenção de enfermagem, se tivermos em conta os princípios preconizados por Dorothea Orem (1993) sobre autocuidado.

2.2. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem desenvolveu a teoria do autocuidado (1993), que define como “a prática de atividades feitas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e do bem-estar” (Orem, 1993, p.131). Sendo para tal necessário, três requisitos que classifica como os “universais”, os de “desenvolvimento” e os de “desvio de saúde” (Orem, 1993, p.136).

Quadro n.º 1 – Requisitos da Teoria do autocuidado (Orem, 1993)

Universais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comuns a todos os seres humanos ➤ Associados a processos de manutenção da vida
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manifestações de requisitos “universais”, associados a alguma adaptação ou mudança. Há dois tipos deste requisito: <ul style="list-style-type: none"> • Criar e manter as condições que mantenham os processos vitais, e promovam os processos de desenvolvimento em todas as etapas da vida. • Previsão de cuidados associados aos efeitos de condições que podem afetar negativamente o desenvolvimento humano. Este requisito apresenta dois sub-tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Prever cuidados para prevenir efeitos negativos, em determinadas condições; - Prever cuidados para minimizar ou superar os efeitos negativos, de determinadas condições.
Desvio da saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvidos em condições de doença

Os primeiros são “comuns a todos os seres humanos”, e estão associados a processos de manutenção da vida (Orem, 1993, p.140). Os requisitos de “desenvolvimento” são as manifestações especializadas e individualizadas de requisitos “universais”, associados a alguma adaptação ou mudança. (Orem, 1993, p.146). Para a autora, nestes há ainda dois subtipos de requisitos. O primeiro subtipo tem como finalidade criar e manter as condições que mantenham os processos vitais, e promovam os processos de desenvolvimento em todas as etapas da vida. O segundo subtipo consiste na previsão de cuidados associados aos efeitos de condições que podem afetar negativamente o desenvolvimento humano. Dorothea Orem indica ainda dois sub-tipos deste requisito:

- a) Prever cuidados para prevenir efeitos negativos, em determinadas condições;
- b) Prever cuidados para minimizar ou superar os efeitos negativos, de determinadas condições.

Os requisitos de “desvio de saúde” são desenvolvidos em condições de doença (Orem, 1993). Neste sentido, a “exigência terapêutica de autocuidado”, baseia-se numa ação intencionada, ou seja, as ações e os objetivos a alcançar pretendem satisfazer os requisitos de autocuidado, e variam de acordo com os níveis de prevenção (Orem, 1993). Assim na prevenção primária estão envolvidos dois dos requisitos atrás referidos, os requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento, que são respectivamente, o primeiro tipo que tem como finalidade criar e manter as condições que mantenham os processos vitais, e promovam os processos de desenvolvimento em todas as etapas da vida e o segundo tipo (primeiro subtipo) que é prever cuidados para prevenir efeitos negativos, em determinadas condições, (Orem, 1993).

Na prevenção secundária e terciária estão envolvidos todos os requisitos, para que se possam satisfazer todas as atividades de autocuidado (Orem, 1993).

A teoria do autocuidado de Orem (Orem, 1993), tem como premissa básica, a convicção de que o ser humano tem habilidades intelectuais e práticas, próprias para promover o cuidado de si mesmo, ou seja, tem capacidade para satisfazer as suas próprias necessidades. E este apresenta défice de autocuidado, quando não consegue satisfazer essas necessidades. Quando esta incapacidade acontece, a pessoa pode beneficiar com o cuidado da equipa de enfermagem, de forma a conseguir satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

Dorothea Orem (1993, p.10) identificou cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para o outro, utiliza-se quando uma pessoa está incapacitada, física e/ou mentalmente; 2) orientar o outro – este método requer que a pessoa que orienta e a que é orientada comuniquem entre si; 3) Apoiar o outro, física ou psicologicamente, quando a pessoa enfrenta algo de desagradável e doloroso; 4) Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, ou seja,

proporcionar condições que motivem a pessoa ajudada a estabelecer objetivos apropriados, e a ajustar o seu comportamento, para alcançar os resultados especificados pelos objetivos; 5) ensinar o outro, este método de ajuda é utilizado quando a pessoa necessita de ser ensinada para desenvolver saberes.

Para a seleção dos métodos de ajuda é necessário o enfermeiro conhecer as necessidades e as razões que levam ao défice de autocuidado. A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem (1993), visa possibilitar aos indivíduos, família e comunidade a tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades bem como se empenharem efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à procura de saúde e bem-estar.

O processo de enfermagem proposto por Dorothea Orem está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade da pessoa para a execução de atividades de autocuidado (Orem, 1993). O enfermeiro pode nesta perspectiva criar um sistema que seja “totalmente compensatório” (Orem, p.321), “parcialmente compensatório” (Orem, p. 324) ou de “apoio-educação” (Orem, p.325), de forma a capacitar a pessoa a tornar-se um agente do seu próprio autocuidado.

No desenvolvimento do “sistema de enfermagem”, o enfermeiro pode atuar a nível do indivíduo/família/comunidade no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados de saúde. No autocuidado há uma parceria entre o indivíduo/família/comunidade e o profissional, na qual os problemas são identificados, definidas as ações e o tipo de intervenção apropriada. É essencial que haja avaliação para saber se as medidas adotadas estão a causar o efeito desejado, ou, se é necessário ajustar ou mudar essas medidas.

No âmbito deste projeto de intervenção irei centrar-me na prevenção secundária, pois vou agir com a finalidade de diminuir as dificuldades dos cuidadores principais, no sentido de minimizar os efeitos negativos do cuidar. O requisito utilizado deverá ser o de “desenvolvimento”, segundo sub-tipo: prever cuidados para minimizar ou superar os efeitos negativos, de determinadas condições, além de utilizar também os “universais” (manutenção da vida) e os restantes de “desenvolvimento”. O enfermeiro com a equipa multidisciplinar, e em parceria com a comunidade, deverá ajudar os cuidadores no sentido de capacitá-los para diminuir as dificuldades, criando um sistema de “apoio-educação”. Como métodos de ajuda, o enfermeiro poderá informar, ajudar e apoiar, o cuidador, proporcionando-lhe condições que o motivem a estabelecer objetivos apropriados de forma a aliviar as suas necessidades.

Tal como foi atrás referido, este projeto tem por base a teoria de autocuidado (Orem, 1993) e utiliza a metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990).

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: METODOLOGIA

Em saúde, planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e serviços necessários para atingir determinados objetivos, segundo uma ordem de prioridades estabelecida, podendo ser escolhidas boas soluções, entre várias alternativas, tendo sempre em conta os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro (Tavares, 1990).

Segundo António Tavares (1990) o Planeamento em Saúde permite tentar a resolução de conflitos entre equidade e eficiência. Só através de um planeamento em saúde bem concebido e eficaz se poderá conseguir uma redistribuição de recursos, o que resulta numa maior eficiência. De acordo com Emílio Imperatori (1982), adaptado por António Tavares (1990), as fases do planeamento em saúde são: o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional (programação), implementação de estratégias e avaliação de resultados.

A população alvo deste projeto, como já foi referido, foram os cuidadores principais de pessoas dependentes que integram a Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Sines. Esta população foi constituída por dezoito pessoas (cuidadores), que corresponde à população total, no entanto só foi possível desenvolver o projeto a dezasseis cuidadores, pois dois tinham o seu doente dependente internado no Hospital Litoral Alentejano.

Participaram neste estudo os cuidadores que reuniam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos de idade; ser o cuidador principal do doente dependente; ser cuidador de utente dependente que integre a equipa de cuidados continuados integrados do Centro de Saúde de Sines e assinar o consentimento informado.

O Indicador de saúde escolhido para fazer o diagnóstico da situação de saúde foi:

Nº de cuidadores principais de pessoas dependentes da ECCI de Sines com dificuldades

Nº de cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines

O “diagnóstico da situação” foi feito através da aplicação de questionários de caracterização da pessoa dependente (Apêndice I), do cuidador principal e de questionário relativo à prestação de cuidados (Apêndice II), através da avaliação do grau de dependência pelo índice de Barthel (Anexo I) e do índice de avaliação das dificuldades do cuidador (Anexo II).

A determinação de prioridades foi feita através da técnica de comparação por pares (Tavares, 1990, p.97). Os diagnósticos de enfermagem foram realizados de acordo com a Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE, 2010) e com o modelo teórico de Autocuidado de Dorothea Orem (1993). Foi feita a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a preparação operacional, implementação de estratégias e avaliação de resultados.

De forma a ajudar a caracterizar a situação e a aprofundar as necessidades dos cuidadores foram realizados dois estudos de caso a duas cuidadoras; uma cuidadora que cuidava da doente mais nova em ECCI e outra que cuidava de uma pessoa há oito anos, sem férias, folgas ou fins de semana.

3.1. Caracterização da comunidade

Para se utilizar a metodologia de planeamento em saúde é necessário conhecer a comunidade em que se vai intervir, assim primeiro vou apresentar o concelho e o local de saúde onde foi feita a intervenção.

3.1.1. Conselho de Sines

Sines é um concelho do Litoral Alentejano, que pertence ao distrito de Setúbal, com uma área de 202,7km² (censos 2011). A sul tem como limite o concelho de Odemira e a norte e nordeste com o concelho de Santiago do Cacém. A parte sul do concelho está integrada no Parque Natural do Sudoeste Alentejano e Costa Vicentina. Uma pequena parte do norte do concelho faz parte da Reserva Natural da Lagoa de Santo André e da Sancha. O concelho de Sines situa-se a 150 quilómetros a sul de Lisboa.

O concelho de Sines tem duas freguesias, Sines e Porto Côvo, às quais correspondem as duas principais povoações. De acordo com o site da Câmara Municipal de Sines (2012) as áreas das freguesias de Sines e Porto Côvo são compostas pela Ribeira dos Moinhos, Lagoa da Sancha, Casoto, Paiol, Bairro Novo da Provença Velha, Albufeira do Morgavel, Sonega, Cabeça da Cabra, Forte da Ilha e Porto Côvo

Sines tem uma população estimada de acordo com dados provisórios dos Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística), de 14238 habitantes, 70 habitantes por Km², a grande maioria da qual concentrada na sede do município, a cidade de Sines, a sua maior povoação. A População residente (Censos, 2011) é de 14238, sendo 7030 (49,37%) homens e 7208 (51,63%) mulheres. A Freguesia de Sines tem 13200 pessoas e a Freguesia de Porto Côvo 1038 pessoas. Há 5621 famílias, 8365 alojamentos e 4788 edifícios.

Segundo o anuário estatístico de Portugal 2010, as principais causas de morte em Portugal são: doenças do aparelho circulatório com 3,1 por mil habitantes e tumores malignos com 2,3 por mil habitantes. Segundo o anuário estatístico do Alentejo 2010 as taxas de mortalidade por mil habitantes em Sines, para estas doenças são idênticas às nacionais.

Segundo o site da Câmara Municipal de Sines (2012), Sines é o principal centro energético e petroquímico do país, e o seu porto de águas profundas, onde todo o tipo de embarcações pode atracar, com especial importância para as de grande porte, é um fator determinante para o desenvolvimento nacional e económico dos pais. Sines tem o maior porto de pesca do Alentejo. Segundo dados da Câmara Municipal de Sines, neste concelho há uma predominância do sector terciário, que representam 72,4% do total e que são compostas essencialmente pelas empresas ligadas ao complexo portuário – industrial e ao comércio.

3.1.2. Centro de Saúde de Sines

O Centro de Saúde de Sines, durante a realização do estágio, a um de novembro de 2012, passou a fazer parte da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano E. P. E. (entidade pública empresarial). Desta unidade de saúde fazem parte os Centros de Saúde do Alentejo Litoral: Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Odemira e o Hospital Litoral Alentejano. Esta constituição foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 238 de 31 de outubro de 2012. Este Centro de Saúde fez parte da Administração Regional do Alentejo, Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) de Janeiro de 2009, a outubro de 2012. Antes desta data estava integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub – Região de Saúde de Setúbal.

Da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) fazem parte os municípios de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira. A região do Alentejo Litoral abrange quarenta e umas freguesias e tem uma área territorial de 5.255,8 km² (ACESAL, 2011).

Cada centro de saúde tem uma unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma unidade de Cuidados na Comunidade. Na ULSLA há uma Unidade de Saúde Pública que dá apoio a toda a região, tendo vários elementos distribuídos pelos vários Centros de Saúde. O Centro de Saúde de Sines tem duas extensões Sines e Porto Côvo.

O número de utentes inscritos na área de influência do Centro de Saúde é de 15160 pessoas (2012). No anexo III apresenta-se a tabela dos utentes inscritos por grupo etário.

3.2. Diagnóstico da situação: Apresentação e análise dos resultados

Segundo António Tavares (1990), o diagnóstico da situação “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”.

A existência de um projeto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa”.

A colheita de dados foi realizada nos domicílios dos cuidadores dos utentes dependentes, residentes no concelho de Sines e foi realizada no mês de Junho de 2012. A avaliação foi feita em Janeiro de 2013, com nova aplicação do CADI. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos e informados do estudo a desenvolver, dos seus objetivos, e do facto da sua participação ser voluntária.

A aplicação dos instrumentos de avaliação foi feita nos domicílios dos cuidadores que foram alvo do estudo, tendo previamente assinado o consentimento informado. Este procedimento foi feito com o intuito de obter, de forma legal, o consentimento dos participantes do estudo (Apêndice III). Os dados recolhidos foram tratados no programa Excel 2010.

Este estudo teve como base o Código Deontológico do enfermeiro, nomeadamente o artigo 80º, do dever para com a comunidade, em que o enfermeiro deve conhecer as necessidades da comunidade, participar na orientação da comunidade com outros parceiros de forma a diminuir e/ou superar essas necessidades. O respeito pelos valores humanos (artigo 81º), o dever de informação (artigo 84º), de sigilo (artigo 85º) e dos deveres para com a profissão (artigo 90º) e com as outras profissões (artigo 91º), atuando na sua área de competência e em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde e da comunidade.

3.2.1. Caracterização do utente dependente no domicílio

O instrumento de colheita de dados que caracteriza o utente dependente no domicílio (Apêndice I) foi construído para avaliar os utentes dependentes que eram cuidados pelos cuidadores do projeto, e contém os seguintes itens: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão anterior à dependência, habitação, fontes de rendimento e motivo de admissão na ECCI.

O quadro dos dados obtidos relativamente ao utente dependente está em anexo IV.

Relativamente ao sexo, são sete utentes dependentes do sexo masculino e nove do sexo feminino. Os utentes dependentes apresentam idades compreendidas entre os 40 e os 93 anos, sendo a maior concentração entre os 71 e os 80 anos. A maioria dos utentes dependentes são casados (8) ou viúvos (5), sendo um solteiro, um divorciado e um que vive em união de facto. Quanto às habilitações literárias, verifica-se que a maioria (11) tem o 1º ciclo, dois nunca frequentaram a escola, um tem o 2º ciclo e um o 3º ciclo. Verifica-se que os utentes tinham na sua maioria profissões ligadas ao comércio (comerciantes, empregado de mesa e empregado

de balcão), havendo também domésticas, um agricultor, uma costureira e dois empregados de escritório.

Relativamente ao tipo de habitação, dois vivem numa habitação rural, catorze vivem numa habitação urbana, das quais oito em casa e seis em apartamento. Todas as habitações têm saneamento básico e eletricidade. Dez das casas têm acessibilidade, catorze dos utentes têm acesso aos transportes públicos e dez têm viatura própria. As fontes de rendimento do utente dependente são para a maioria (15) a reforma/pensão, um, só tem o rendimento do cuidador, e está incluído nos dez que têm o rendimento do cuidador. Cinco dos utentes dependentes recebem complemento por dependência.

O motivo da admissão na ECCI dos dezasseis utentes foi por dependência com deterioração significativa das atividades de vida diária.

Para a identificação do nível de dependência foi utilizado no projeto o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), que é um instrumento que avalia as atividades básicas da vida diária. Este índice (anexo I) é constituído por dez itens correspondentes às atividades básicas de vida diária, em que cada atividade apresentava entre dois a quatro níveis de dependência, o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação.

As variáveis avaliadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, a sua cotação global varia entre 0 a 100 pontos.

Segundo o índice de Barthel, nove dos utentes são totalmente dependentes dois são severamente dependentes e cinco moderadamente dependentes. Este índice possibilita a avaliação funcional do utente e determina o grau de dependência de forma global e parcelar, em cada atividade. A avaliação do Índice de Barthel dos utentes em ECCI (Apêndice V) foi a seguinte: relativamente à alimentação seis utentes são dependentes, oito necessitam de ajuda e dois são independentes. No vestir quatro utentes necessitam de ajuda para se vestir e doze são dependentes. Relativamente ao banho todos os utentes são dependentes. Na higiene corporal só três utentes são independentes. No uso da casa de banho cinco dos utentes necessitam de ajuda para usar a casa de banho e onze são dependentes. Em relação ao controlo intestinal, um utente é independente no controlo intestinal, cinco apresentam incontinência ocasional e dez, incontinência fecal. No controlo vesical dois dos utentes são independentes, dois apresentam incontinência ocasional e doze são incontinentes ou estão algaliados. Todos os utentes são

dependentes relativamente a subir escadas. Na transferência cadeira/cama, três dos utentes requerem uma ajuda mínima, quatro uma grande ajuda e nove são dependentes. Em relação à deambulação sete dos utentes necessitam de ajuda e nove são dependentes.

Constata-se pela análise dos dados que este grupo de cuidadores tem a seu cargo pessoas, na sua maioria com elevado grau de dependência, pelo que se infere que apresentem dificuldades que advém do cuidar.

3.2.2. Caracterização do cuidador principal

Este questionário (Apêndice II) foi construído para avaliar os cuidadores principais de utentes dependentes, apresentando-se os dados no quadro n.º 2.

Os Cuidadores principais apresentam como grupo etário predominante o dos setenta aos oitenta anos. Doze dos cuidadores são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Quanto ao estado civil do cuidador, onze são casados, dois são divorciados, dois solteiros e um vive em união de facto.

Verifica-se que o 1º ciclo é o nível de escolaridade em maioria (12). Os restantes têm o 2º ciclo (1), o 3º ciclo (1), o ensino secundário (1) e um não frequentou a escola. A maioria dos cuidadores reside com o cônjuge (9), embora também residam com filhos (2) e outros. Relativamente à situação profissional, dez cuidadores estão reformados, três estão empregados, duas são domésticas e uma está desempregada.

Dos dezasseis cuidadores, quinze vivem na mesma casa que o utente dependente e apenas um não o faz. Quem cuida dos utentes dependentes, na sua maioria são os cônjuges (9), embora também cuidem outros familiares e empregadas.

3.2.3. Caracterização da prestação de cuidados

Este instrumento de avaliação (Apêndice II) foi construído para avaliar os cuidados prestados pelo cuidador ao utente dependente, e apresentam os seguintes resultados: Todos os cuidadores principais prestam cuidados pessoais, participam na ajuda à mobilidade do utente dependente, alimentam o seu doente e fazem a gestão do dinheiro.

De acordo com o quadro n.º 3, um dos cuidadores principais não administra a medicação, porque o próprio ainda o consegue fazer, outro não faz os trabalhos domésticos porque tem outra pessoa que ajuda nessa tarefa; e há ainda outro que não trata dos assuntos burocráticos ou vai às compras, porque apesar de ser o cuidador principal não apresenta condições físicas para o fazer.

Quadro n.º 2 – Caracterização do cuidador principal de utente em ECCI (2012)

Caracterização do cuidador principal de utente em ECCI		N.º Utentes
Sexo	Feminino	12
	Masculino	4
Idade	30 – 40	1
	41 – 50	1
	51 – 60	3
	61 – 70	3
	71 – 80	6
	81 – 90	2
Estado civil	Casado (a)	11
	Solteiro (a)	2
	Divorciado (a)	2
	União de facto	1
Agregado familiar	Filho	2
	Conjuge	9
	Outros	6
	Há dependentes	Sim 2 Não 14
Escolaridade	Não frequentou a escola	1
	1º Ciclo	12
	2º Ciclo	1
	3º Ciclo	1
	Secundário	1
Situação profissional	Empregado	3
	Desempregado	1
	Doméstico	2
	Reformado	10
Distância física entre o cuidador e a pessoa que cuida	Vivem na mesma casa	15
	Vivem nas terras próximas a menos de 30 km	1
Relação com a pessoa que cuida	Cônjuge	9
	Filho (a)	1
	Irmão (a)	2
	Neto (a)	1
	Outros	3

Quinze dos cuidadores principais prestam cuidados mais de 10 horas por dia, somente um presta cuidados duas a três horas por dia. Treze dos cuidadores principais prestam cuidados há mais de cinco anos, dois entre três e cinco anos e um, há menos de seis meses.

Quadro n.º 3 – Caracterização da prestação de cuidados dos cuidadores de utentes em ECCI (2012)

Caracterização da prestação de cuidados dos cuidadores de utentes em ECCI		N.º Utentes
Tipo de cuidados que presta	Cuidados pessoais	16
	Auxiliar na mobilidade	16
	Tomar medicação	15
	Gerir o dinheiro	16
	Efetuar trabalhos domésticos	15
	Tratar de assuntos burocráticos	15
	Ir às compras	15
	Passear/atividades de lazer	16
	Alimentação	16
Durante quanto tempo por dia presta cuidados	2 a 3 horas	1
	Mais de 10 horas	15
Há quanto tempo cuida	Menos de 6 meses	1
	3 a 5 anos	2
	Mais de 5 anos	13
Mais alguém colabora na tarefa de prestação de cuidados	Sim	14
	Não	2
Quantas horas por semana	2 – 10 horas	7
	11 – 20 horas	4
	21 – 30 horas	1
	31 – 40 horas	2
Tipo de apoio que recebe	Cuidados pessoais	12
	Alimentação	6
	Auxiliar na mobilidade	5
	Tomar medicação	3
	Gerir o dinheiro	0
	Efetuar trabalhos domésticos	8
	Tratar de assuntos burocráticos	2
	Ir às compras	3
	Passear/atividades de lazer	2
Pagamento pela colaboração	Sim	9
	Não	4
Pagam pela colaboração mensalmente	< 100 euros	5
	214 euros	1
	390 euros	1
	930 euros	1
	Não sabe	1
Gostava de ter apoio de voluntariado	Sim	11
	Não	5

Há catorze (14) cuidadores principais que têm colaboração na prestação de cuidados.

O número de horas por semana que têm de colaboração varia entre duas e quarenta horas. A colaboração que os cuidadores têm é a nível dos cuidados pessoais (12), trabalhos domésticos (8), na alimentação do doente (6), na ajuda à mobilidade (5), na medicação e compras (3), ajuda nas atividades burocráticas e passeio (2). Quem gere o dinheiro da pessoa dependente é somente o cuidador principal. Há nove cuidadores principais que pagam pela colaboração na prestação de cuidados ao seu doente, a quantia que pagam varia entre 930€ e 45€. Há cinco (5) cuidadores principais em que a colaboração é feita por familiares, e por isso não pagam. Os colaboradores são em relação ao utente dependente, filhas, irmão, sogra e nora.

Relativamente à questão, se gostariam de ter apoio de voluntariado, cinco dos cuidadores principais responderam que não, embora a maioria (11) responda afirmativamente.

3.2.4. Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

O Índice para avaliação das dificuldades do cuidador (no original, Carer's Assessment of Difficulties Index – CADI) foi desenvolvido, no Reino Unido, por Nolan e colaboradores (Nolan e Grant 1989; Nolan, Grant e Keady 1996, 1998), traduzido e adaptado para a população Portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002) e validado para a população portuguesa por Sequeira (2010). O índice permite avaliar as dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados. Foi pedida autorização para utilização do instrumento de colheita de dados (Apêndice VI).

O índice de avaliação das dificuldades do cuidador (anexo II) é um instrumento constituído por um conjunto de 30 itens, ou seja, um conjunto de potenciais dificuldades, que incluem frases relacionadas com o cuidar e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento com a pessoa dependente e com outros membros da família, assim como a perceção que os cuidadores têm sobre o apoio que dispõem, tanto dos profissionais como de familiares e amigos (Sequeira, 2010).

As diferentes afirmações que compõem a escala estão organizadas em seis categorias (Sequeira 2010, p. 205, 206), que são: “problemas relacionais”, “restrições sociais”, “exigências do cuidar”, “reações ao cuidar”, “apoio familiar” e “apoio profissional”. Para avaliação de cada dificuldade o índice apresenta quatro possibilidades de resposta: “não acontece no meu caso”; “acontece, mas não me perturba”, “acontece e causa-me alguma perturbação” e “acontece e perturba-me muito”. Na avaliação feita às dezasseis pessoas, foram identificados: problemas relacionais, restrições sociais, exigências do cuidar, reações ao cuidar, apoio familiar e apoio profissional.

Na categoria restrições sociais, as principais dificuldades referidas pelos cuidadores são: “não consigo ter um tempo de descanso nem dias de férias”, “não tenho tempo suficiente para mim próprio” e “a qualidade da minha vida piorou”, em que a maioria (15) refere causar alguma ou muita perturbação, o que está de acordo com o estudo de Sequeira (2010), em que foi aplicado o mesmo índice. Relativamente às outras dificuldades, pelo menos metade dos cuidadores refere que as apresenta (Apêndice VII). Nos problemas relacionais (Apêndice VII), o que mais afeta os cuidadores é a exigência que a pessoa de quem estão a cuidar faz, que essa pessoa nem sempre “dá valor” ao cuidador e que a situação por vezes os faz sentir irritados. Nos restantes itens a avaliação não é negativa e muitas vezes não acontece determinada situação, como na maioria (15) dos cuidadores que refere não ter deixado de haver o sentimento que havia na relação com o doente; que a pessoa de quem cuidam não ajuda mais porque não pode (13) e, que cuidar dessa pessoa dá-lhe satisfação (15). Na categoria exigências do cuidar, há três dificuldades em que todos os cuidadores (16) apresentam moderada perturbação ou muita perturbação, que são: “deixa-me muito cansado fisicamente”, “a pessoa de quem eu cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados” e “a minha saúde ficou abalada”, estes dados apresentam resultados mais negativos, comparados com o estudo de Sequeira (2010), isto é, os cuidadores referem mais dificuldades nestas áreas do que no estudo atrás mencionado. Nos restantes itens desta categoria, pelo menos doze cuidadores apresentam dificuldades. (Apêndice VII).

Todos os cuidadores principais (16) alegam dificuldades na categoria “reações ao cuidar”, como é o caso de, por vezes se sentir de “mãos atadas” sem poder fazer nada, e “não conseguir sossegar” por estar preocupado com os cuidados a prestar. A dificuldade de lhes trazer problemas de dinheiro também é referida por catorze cuidadores. O único item que aqui não é avaliado negativamente pela maioria dos cuidadores (15), é o cuidador não se sentir culpado pela situação. Esta afirmação também é sentida por grande parte dos cuidadores no estudo de Sequeira (2010), com 73.3% dos cuidadores (Apêndice VII). Relativamente à categoria apoio familiar doze cuidadores referem dificuldades nesta categoria. (Apêndice VII). Na categoria apoio profissional, quinze dos cuidadores referem ter dificuldades por não receberem apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais, o que lhes provoca alguma ou muita perturbação. (Apêndice VII).

No item “parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam”, sete cuidadores consideram que no seu caso acontece e causa-lhe alguma perturbação. Assim os cuidadores também apresentam dificuldades nesta categoria.

Como indicador de saúde para fazer o diagnóstico da situação de saúde foi estabelecido o número de cuidadores principais de doentes dependentes que integram a Equipa de cuidados continuados integrados de Sines com dificuldades. Da análise realizada verifica-se que todos os cuidadores de utentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados apresentam dificuldades em todas as categorias avaliadas.

3.2.5. Ana e Marina: dois estudos de caso

Com o objetivo de melhor conhecer a situação dos cuidadores, e permitir conhecer dimensões que os questionários não abrangem foram realizados dois estudos de caso. A abordagem metodológica é pertinente porque se procura perceber, analisar ou descrever acontecimentos e contextos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. (Araújo et al, 2007).

As duas cuidadoras principais aceitaram, foi-lhes feito a entrevista (Apêndice VIII), após terem assinado o consentimento informado (Apêndice VIII) de forma livre e esclarecida.

Para preservar a identidade das cuidadoras os nomes destas são pseudónimos.

3.2.5.1. Ana: Uma cuidadora principal

Esta cuidadora principal foi escolhida para estudo de caso, por ser a cuidadora principal de doente dependente, da pessoa mais nova internada na ECCL.

A Ana é do sexo feminino, casada e tem 58 anos de idade. Cuida da filha de 40 anos totalmente dependente nas atividades de vida diária, há oito anos, desde que foi diagnosticada esclerose múltipla. Esta doença tem uma evolução variada e imprevisível. No caso da Maria (filha da Ana), o curso da doença foi rápido, no espaço de dois anos ficou completamente dependente nas atividades de vida diária.

A prestação de cuidados pode ocorrer com o surgimento de doenças crónicas que tem uma evolução progressiva, constante ou intermitente (Figueiredo, 2007). No caso da Ana, começou a cuidar da filha com um curso de doença progressivo (dois anos), que se tem tornado constante (seis anos).

A Ana tem como escolaridade o primeiro ciclo e vive na sua casa. Reside com o marido, a Maria, as duas filhas da Maria, e há três meses habita também com outra filha que se divorciou e duas netas dessa filha, de dois e quatro anos. A Ana sempre viveu com a sua filha Maria na sua casa, mesmo após o seu casamento. Desse casamento teve duas filhas que têm atualmente, 13 e 18 anos. Um ano e meio após ter sido diagnosticada a doença – esclerose múltipla, o marido deixa-a. Nesta época a Maria estava-se a tornar progressivamente mais dependente, e “já estava a precisar de outra pessoa para ajudá-la”. Assim cuidar da filha “foi

uma obrigação, como mãe não ia deixar de cuidá-la”. Esta afirmação está de acordo com Daniela Figueiredo (2007, p. 106) que diz que “a maioria dos cuidadores prestam ajuda porque crêem que é essa a sua obrigação”. Diana Brown (2010), no estudo de uma comunidade de Florianópolis no Brasil, refere que esta comunidade considera uma obrigação moral os parentes cuidarem dos seus familiares doentes.

A Maria com a ajuda da fisioterapia consegue controlar melhor os movimentos involuntários das mãos, e assim consegue comer sozinha, e fazer tudo o que esteja relacionado com as mãos. Os membros inferiores só os movimentam quando faz fisioterapia. É incontinente e dependente em tudo o que seja relacionado com a locomoção.

O marido da Ana é camionista, e por isso passa grandes temporadas sem vir a casa. As filhas da Maria estudam. A irmã da Maria tem um quiosque onde vende jornais e revistas, e por essa razão tem que lá passar o dia das oito às vinte horas.

Desde que está a cuidar da Maria que a Ana teve que alterar a sua rotina, pois ela trabalhava num supermercado, e a Maria tinha de ficar sozinha em casa, “queria levantar-se sozinha e caía muita vez, tive que desistir! Estou desempregada há sete anos”.

O que a alivia na tarefa de cuidar é ir às compras e tratar de outros assuntos. Não tem o hábito de se encontrar com nenhuma amiga. A filha que está empregada é a sua confidente, “eu com ela consigo desabafar, ela compreende-me bem”. “As senhoras da Caritas também são uma ajuda, pois quando cá vêm consigo falar, e assim fico um bocadinho mais aliviada”.

A rotina da Ana é a seguinte: Levanta-se às 7.15h e faz a sua higiene. Faz a higiene, veste e dá o pequeno-almoço às netas, filhas da irmã da Maria, além das levar ao infantário. Vem e trata da limpeza da casa e das refeições. Às 11h dá o pequeno-almoço à Maria, pois ela dorme até essa hora. Às 12h vêm as auxiliares da Santa Casa da Misericórdia fazer a higiene da Maria. Às 13h almoçam, e a Maria vai fazer fisioterapia das 14h às 16.30h, incluindo o tempo do transporte. Às 17h vai buscar as netas e lancham, pelas 21h jantam, e pelas 23h deitam-se. “A Maria gosta de ficar até mais tarde a ver televisão, e eu faço esse sacrifício de ficar acordada até ela querer ir para a cama, eu por mim ia-me logo deitar a seguir ao jantar”.

Aprendeu a cuidar à medida que a doença progredia, “conforme foram surgindo os problemas, fui-me adaptando, agora considero que tenho os conhecimentos necessários para tratá-la, e quando não sei pergunto, e os enfermeiros têm-me dado uma grande ajuda com as minhas dúvidas”.

O cuidado que a Ana considera mais importante é “estar atenta aos engasgos, porque devido à doença dela pode acontecer, e depois falta-lhe o ar. Eu de noite durmo sempre com a porta aberta do meu quarto para a poder ouvir”.

O cuidado que a Ana considera mais difícil é o banho da Maria, pois ao fim de semana não tem o apoio da Santa Casa da Misericórdia para a higiene, então tem que o fazer sozinha, “ao fim de semana lavo-a na cama”.

A Ana em relação ao que sente diz, “sinto uma revolta, porquê a minha filha? Ando cansada, é uma vida presa”.

As maiores necessidades que sente são a nível monetário, e a ajuda de outra pessoa para cuidar da Maria. Os apoios que dispõe são a Santa Casa da Misericórdia para o banho cinco dias por semana.

A Ana acha que sempre que possível os doentes dependentes devem ser cuidados em casa, “nunca pus essa hipótese, embora muita gente me dissesse para por a Maria no lar, mas eu gosto e trato da minha filha, não a desprezo”.

Pelo que foi apresentado, e pelo índice de avaliação de dificuldades do cuidador, a Ana apresenta défice de autocuidado (Orem, 1993), relacionado com “restrições sociais”, “exigências do cuidar” e “reações ao cuidar” (Sequeira 2010). O autocuidado é a prática de atividades feitas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e do bem-estar. (Orem, 1993).

Tendo por base a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, é necessário atuar no nível da prevenção secundária, no requisito de autocuidado de desenvolvimento, isto é, atuar de forma a minimizar ou superar os efeitos negativos, de determinadas condições, neste caso do cuidar da filha dependente.

Os métodos de ajuda, segundo Dorothea Orem (1993), são proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, ou seja, proporcionar condições que motivem a pessoa ajudada a estabelecer e a alcançar objetivos, e ensinar o outro, este método de ajuda é utilizado quando a pessoa necessita de ser instruída para desenvolver conhecimentos. A teoria do autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1993), tem como base, a convicção de que o ser humano tem habilidades intelectuais e práticas, próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode beneficiar com o cuidado da equipa de enfermagem, quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde. Assim se a Ana apresenta dificuldades, e por não conseguir promover o autocuidado, a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar em que está inserido, em parceria com a comunidade, vão ajudá-la a diminuir as dificuldades.

A Ana depois da entrevista, e tendo em consideração o índice de avaliação das dificuldades do cuidador, apresenta restrições sociais, o cansaço devido às exigências do cuidar, e na categoria reações ao cuidar, a situação fá-la sentir que não consegue fazer mais nada pela filha

e traz-lhe problemas monetários. Estas categorias onde a Ana apresenta dificuldades correspondem às prioridades consideradas pelos cuidadores da ECCI.

Quando esta entrevista foi feita, a equipa de voluntariado da Caritas já tinha iniciado as suas visitas a esta cuidadora e filha dependente.

Após pesquisa dos recursos existentes na comunidade, e com a Ana, foram escolhidos quais os recursos que mais se adaptavam à sua situação. Neste sentido houve a continuação do apoio da equipa de voluntários da Caritas; a participação nas sessões dirigidas aos cuidadores sobre estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores principais, importância do sono, repouso, técnicas de relaxamento e recursos da comunidade; seguimento regular pelo médico de família e acompanhamento pela psicóloga do Centro de Saúde.

Na avaliação, a última etapa do processo e planeamento em saúde, com a aplicação do CADI, e pela observação na visita domiciliária, relativamente às “restrições sociais”, a Ana considera que em relação à sua qualidade de vida e a não ter tempo de descanso, causa-lhe alguma perturbação em vez de muita perturbação (diagnóstico da situação). No item de não estar com os amigos tanto quanto gostaria, a Ana causava-lhe alguma perturbação, mas na última avaliação diz que este facto não a perturba. Esta mudança de atitude, e de acordo com a Ana prende-se com o facto de ter apoio da equipa de voluntariado, ter a ajuda, na consulta de psicologia, e as sessões em que participou dirigidas para o cuidador, também a ajudaram. Na categoria de dificuldades “reações ao cuidar”, a Ana na primeira avaliação perturbava-a muito, o facto de se “sentir de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”. Na última avaliação este facto não a perturba. Esta alteração, e de acordo com a Ana deve-se ao facto desta ter tirado muitas dúvidas, com a enfermeira, a médica de família e os outros cuidadores, quer em grupo nas sessões quer individualmente no domicílio, relativa à sua atuação com a Maria em caso de necessidade.

Na categoria “exigências do cuidar” a Ana mudou o seu “sentir” relativo à dificuldade em dormir, de lhe causar muita perturbação para não a perturbar; a situação de se sentir nervosa com a situação alterou o seu “sentir”, de lhe causar alguma perturbação para não lhe causar perturbação. Em relação ao cansaço, a Ana sentia que este facto a perturbava muito, passando a causar-lhe alguma perturbação. Estas mudanças devem-se ao facto, e de acordo com a Ana com as orientações e esclarecimento de dúvidas durante as sessões em grupo, e individualmente com a enfermeira e médica de família.

Assim podemos inferir que a intervenção feita com a cuidadora principal Ana foi positiva, pois na avaliação, melhorou o seu “sentir” nas categorias de necessidades identificadas como problemas no diagnóstico da situação.

Fazer este estudo de caso permitiu conhecer melhor esta situação e após identificação das dificuldades específicas da Ana, priorizá-las e intervir no sentido de diminuir essas dificuldades.

3.2.5.2. Marina: Uma cuidadora principal

Foi escolhida esta cuidadora principal, para estudo de caso por cuidar de uma pessoa há oito anos sem férias, folgas ou fins-de-semana, como forma de ilustrar a sobrecarga e o quotidiano de um cuidador.

O estudo de caso que irei descrever é da Marina, uma cuidadora principal do sexo feminino, de 64 anos de idade, tem como escolaridade o 4º ano, cuida de uma senhora com 84 anos totalmente dependentes nas AVD. A Marina foi contratada pelo sobrinho da pessoa dependente, para o efeito desde há oito anos.

A Marina nasceu no Cercal, e quando se casou foi viver para um monte Alentejano perto de Sines. Teve três filhas, e há 17 anos divorciou-se porque o marido “andava com outras mulheres”. Foi viver para casa de uma filha em Sines. Trabalhou num talho, onde esteve dois anos. Nesta altura (há 15 anos) recebeu um convite de uma amiga para trabalhar a cuidar de uma pessoa dependente. Essa amiga cuidava dessa pessoa, mas não podia cuidar dela de noite. A Marina diz que aceitou porque “tinha cama e mesa, mas nunca me tinha passado pela cabeça este tipo de trabalho, mas aprendi e fui”. Essa amiga ensinou-lhe os cuidados a prestar à pessoa dependente, como a higiene, posicionamentos, alimentação, etc., e ela depressa os aprendeu. Cuidou durante sete anos dessa pessoa, “a senhora era muito dependente, não falava, estava paralisada de um lado, não se mexia, mas gritava”. Essa senhora vivia com o filho e a nora, que lhe deram todas as condições para cuidar da mãe. A Marina era paga mensalmente e tinha uma folga ao fim de semana de 15 em 15 dias. Cuidou desta senhora durante sete anos, até que há oito anos recebeu um convite para cuidar da pessoa onde está atualmente, onde passou a receber mais, embora não tivesse folgas nem fins-de-semana. Esta senhora tinha muita dificuldade em andar, e foi-se progressivamente tornando-se mais dependente, estando há cinco anos totalmente dependente nas suas atividades de vida diária, acamada, não articula palavras e apresenta tetraplegia devido a sequelas de vários acidentes vasculares cerebrais, sendo alimentada através de uma sonda nasogástrica. Há a referir que esta senhora era viúva e nunca teve filhos. O dinheiro e bens da senhora são geridos por um sobrinho, por quem a Marina foi contratada. Este sobrinho não vive na mesma casa que a tia nem na mesma povoação, e só vai uma vez por mês a Sines para fazer o pagamento, e nunca vai ver a tia. A Marina além de cuidar da senhora tem a seu cargo a gestão da casa. Este tipo

de trabalho, relativamente à situação anterior foi uma opção e não uma obrigação, pois a Marina sente que neste trabalho “há uma maior independência, estou mais à minha vontade”. A rotina diária da Marina é a seguinte: Levanta-se todos os dias às 6 horas para mudar a senhora de posição, dar-lhe o pequeno-almoço, e toma também o seu. Depois deita-se até às 7.30 horas. A esta hora vai fazer a sua higiene e de seguida faz a da senhora. Por volta das 10h toma novo pequeno-almoço, e faz o mesmo à senhora, além da mudar de posição. Pelas 13 horas dá o almoço à senhora e almoça, e a senhora é posicionada. Pelas 16.30h dá o lanche à senhora e posiciona-a. Às 20h dá o jantar à senhora e janta. Às 21h a senhora é arranjada para dormir (faz a higiene à boca e é mudada de posição). A Marina deita-se por volta das 22.30h. Às 4h levanta-se para ver a senhora e muda-a de posição.

Os cuidados que a Marina considera mais importantes são a higiene e a mudança de posição. Os cuidados que tem mais dificuldade em prestar são precisamente os mesmos, pois tem que os fazer normalmente sozinha. A Marina diz gostar de cuidar, “não sei se é porque me habituei se é pela idade que tenho. Cuido porque gosto de ajudar as pessoas, e claro que também é uma obrigação porque me pagam”. A Marina tem o apoio de uma pessoa que também é paga, que vem duas vezes por semana, uma hora de cada vez, para ajudá-la a dar o banho à senhora. Esta pessoa foi escolhida pela Mariana com autorização do sobrinho da pessoa que cuida. Este serviço já está incluído na gestão do orçamento que a Mariana tem que fazer ao longo do mês.

Agora também tem tido o apoio da equipa de voluntariado da Caritas, o que se tem revelado positivo, pois a Marina diz que as voluntárias além de virem ver a senhora também conversam com ela, e assim ela tem conseguido “desabafar”.

Relativamente ao que a Marina sente em relação à senhora que cuida, esta refere que: “tenho dó dela porque ela não tem ninguém que lhe dê carinho, tenho-me sentido cansada, mas agora já estou melhor, desde que a enfermeira (referia-se a mim) me marcou a consulta, comecei a tratar de mim, comecei a dormir melhor, e sinto-me menos cansada”.

As maiores necessidades que sente ao prestar cuidados são: ter saúde, ter mais cuidado com a alimentação e dormir melhor, tal como a Marina diz: “preciso ter saúde, mas como agora tenho cuidado com a alimentação, tenho passado melhor dos meus problemas de vesícula, também estou a dormir melhor, tenho ido ao médico e cuidado de mim.”. As maiores dificuldades que sente é “não poder desabafar” sempre que precisa, e por vezes se sentir muito cansada.

A Marina considera não ter todos os conhecimentos para cuidar, mas que tenta cuidar o melhor que sabe, sempre que precisa de ajuda pede, e refere ainda que os enfermeiros da vista

domiciliária lhe têm dado uma grande ajuda, “posso não ter os conhecimentos todos, mas quando preciso de ajuda pergunto principalmente aos enfermeiros”. Considera também que sempre que possível os doentes devem ser cuidados em sua casa, porque “não vão para um ambiente estranho ao que estão habituados”.

O cuidar de uma doente dependente alterou a sua rotina, por exemplo, deixou de ver tantas vezes a sua filha, com quem ela morava antes de começar a cuidar deste tipo de doentes. Mas, a Marina diz que “isso não é problema, porque eu vejo a minha filha quando quero, ela trabalha na loja dos chineses, e eu quando tenho um tempo vou lá”. As amigas que tinha, continua a tê-las, “amigas, amigas, só tenho duas, e continua-o a vê-las, encontramos-nos de vez em quando para beber um cafezinho”.

A Marina, em relação à sua vida anterior, em que não cuidava de ninguém dependente, e estava dependente do marido monetariamente, diz que “agora tenho mais liberdade do que tinha antes, porque sou mais independente. Esta vida é muito melhor. Eu é que mando no dinheiro e não tenho que dizer nada a ninguém sobre o que tenho que fazer”.

A Marina depois da entrevista, e tendo em consideração o índice de avaliação das dificuldades do cuidador, apresenta principalmente cansaço devido às “exigências do cuidar”, e “restrições sociais” por não ter folgas ou férias há oito anos. Segundo Dorothea Orem apresenta défice de autocuidado.

Com a Marina, foram escolhidas quais as estratégias que poderiam diminuir as dificuldades, tendo em conta os recursos da comunidade, e a sua disponibilidade.

Quando esta entrevista foi feita, a equipa de voluntariado da Caritas já tinha iniciado as suas visitas a esta cuidadora e pessoa dependente. Neste sentido houve a continuação do apoio pela equipa de voluntariado; participações nas sessões dirigidas aos cuidadores sobre estratégias que diminuam as dificuldades dos cuidadores, e recursos da comunidade e posteriormente orientação individual sobre estas temáticas; e continuação do seguimento regular pelo médico de família.

Na avaliação com a aplicação do CADI, e pela observação na visita domiciliária, e relativamente às “restrições sociais”, a Marina considera que em relação à sua qualidade de vida ter piorado causa-lhe alguma perturbação, em vez de muita perturbação no diagnóstico da situação. Relativamente à necessidade de ter uns dias de descanso ou férias, este facto também lhe causava muita perturbação e na avaliação causa alguma perturbação. No item de não estar com os amigos tanto quanto gostaria, a Marina causava-lhe alguma perturbação, e na última avaliação diz que este facto não a perturba. Esta mudança de atitude, e de acordo com a Marina prende-se com o facto de sair mais regularmente para ir ver a filha e estar com

as amigas, de ter apoio da equipa de voluntariado, e de ter participado nas sessões dirigidas ao cuidador.

Na categoria “exigências do cuidar” a Marina alterou o modo como sentia relativamente à dificuldade em dormir, de lhe causar muita perturbação para não perturbar; a situação de se sentir nervosa com a situação alterou o seu “sentir”, de lhe causar alguma perturbação para não lhe causar perturbação. Em relação ao cansaço, a Marina sentia que este facto a perturbava muito, passando a causar-lhe alguma perturbação. Estas mudanças devem-se ao facto, e de acordo com a Marina com as orientações e esclarecimento de dúvidas durante as sessões em grupo, e individualmente com a enfermeira e médica de família.

Assim podemos depreender que a intervenção feita com a cuidadora principal Marina melhorou o seu “sentir” nas categorias de necessidades identificadas como problemas no diagnóstico da situação.

Fazer este estudo de caso, também permitiu conhecer e identificar melhor a situação e as necessidades específicas da Marina, priorizá-las e intervir no sentido de diminuir essas dificuldades.

3.3. Determinação de prioridades e seleção de estratégias

3.3.1. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa no processo de planeamento em saúde de acordo com António Tavares (1990), sendo um processo de tomada de decisão, em que se têm de seleccionar prioridades.

Neste sentido foi utilizada a técnica de comparação por pares, segundo Tavares (1990) esta permite a concentração sobre dois problemas da mesma vez, sendo um comparado com todos os outros.

Em cada categoria do CADI foram identificados problemas (ver anexo VII). Dentro de cada categoria a dificuldade em que os cuidadores apresentaram respostas mais negativas, isto é que evidenciam mais dificuldades, foram: “A qualidade da minha vida piorou”, na categoria “restrições sociais”; “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”, na categoria “problemas relacionais”; “Deixa-me muito cansado fisicamente”, na categoria “exigências do cuidar”; “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”, na categoria “reações ao cuidar”; “As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria”, na categoria “apoio familiar”; e “Não recebo apoio suficiente dos serviços de

saúde e dos serviços sociais”, na categoria “apoio profissional”, tal como se apresenta no quadro seguinte.

Quadro n.º 4 – Afirmações em que o “Sentir” dos cuidadores apresentaram respostas mais negativas

Afirmações em que o “Sentir” dos cuidadores apresentaram respostas mais negativas	Categoria	Não acontece	Acontece e sinto que			N.º de cuidadores com problema
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Causa muita perturbação	
“A qualidade da minha vida piorou”	Restrições sociais	0	1	6	9	16
“Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”	Problemas relacionais	2	0	10	4	14
“Deixa-me muito cansado fisicamente”	Exigências do cuidar	0	0	5	11	16
“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”	Reações ao cuidar	0	0	9	7	16
“As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria”	Apoio Familiar	4	0	9	3	12
“Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”	Apoio Profissional	1	0	14	1	15

As afirmações: - “A qualidade da minha vida piorou”, - “Deixa-me muito cansado fisicamente” e - “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”, são afirmações em que todos os cuidadores apresentam dificuldades, mas com intensidade diferente. Neste sentido, quando se compara uma dificuldade com a outra, prevalece como dificuldade aquela em que o “sentir” apresentou respostas mais negativas, tal como se pode verificar no quadro n.º 5.

Na afirmação “A qualidade da minha vida piorou”, dezasseis cuidadores disseram que sim, mas para um isso não o perturba, para seis causa alguma perturbação e para nove causa muita perturbação.

Na afirmação “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”, também dezasseis cuidadores disseram que os perturbava, destes nove causava-lhes alguma perturbação e sente muita perturbação. Na afirmação “Sinto-me muito cansado fisicamente”, também causa perturbação a todos os cuidadores, sendo que a cinco causa alguma perturbação e a onze, muita perturbação.

Pela resposta dos cuidadores a estas afirmações, e comparando-as, a afirmação “Sinto-me muito cansado fisicamente” é o maior problema dos cuidadores, embora os outros dois problemas também tenham sido referidos por todos. Através da técnica de comparação por pares, cada um destes problemas foi comparado com todos os outros. Compararam-se as

respostas dos cuidadores, e as respostas que apresentavam resultados mais negativos foram as que prevaleciam como problema.

Quadro n.º 5 – Afirmações em que todos os cuidadores “Sentem” dificuldades

Afirmações em que todos os cuidadores “Sentem” dificuldades	Categoria	Não acontece	Acontece e sinto que			N.º de cuidadores com problema
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Causa muita perturbação	
“A qualidade da minha vida piorou”	Restrições sociais	0	1	6	9	16
“Deixa-me muito cansado fisicamente”	Exigências do cuidar	0	0	5	11	16
“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”	Reações ao cuidar	0	0	9	7	16

Analisando o quadro n.º 6 podemos verificar que os principais problemas são:

- Na dificuldade da categoria “exigências do cuidar”, quando comparada com todas as outras dificuldades, esta prevalece sempre como problema;
- Na dificuldade “reações ao cuidar”, quando comparada com todas as outras dificuldades, só uma vez é que não prevalece perante as outras;
- Na dificuldade “restrições sociais”, quando comparada com todas as outras dificuldades, só duas vezes não prevalece como problema.

Quadro n.º 6 – Determinação de prioridades dos problemas de cuidadores principais de utentes da ECCI - Técnica de comparação por pares

Problema/dificuldade	Categoria	Comparação	Valor final
1 - A qualidade da minha vida piorou	Restrições sociais	1 1 1 1 1	1 = 3
		2 3 4 5 6	
2 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	Problemas relacionais	2 2 2 2 2	2 = 1
		1 3 4 5 6	
3 - Deixa-me muito cansado fisicamente	Exigências do cuidar	3 3 3 3 3	3 = 5
		1 2 4 5 6	
4 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	Reações ao cuidar	4 4 4 4 4	4 = 4
		1 2 3 5 6	
5 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	Apoio Familiar	5 5 5 5 5	5 = 0
		1 2 3 4 6	
6 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	Apoio Profissional	6 6 6 6 6	6 = 2
		1 2 3 4 5	

Neste sentido, constata-se que as principais dificuldades destes cuidadores, estão relacionados, com as exigências e reações ao cuidar, bem como com as restrições sociais, e que os estudos de caso também vão de encontro a estes resultados.

3.3.2. Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de Enfermagem foram elaborados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que é um programa do Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses (ICN)), que foi criado para apoiar a prática e as políticas de cuidados de saúde, de forma a melhorar os cuidados prestados aos doentes. É um instrumento que pretende a comunicação entre enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política. Os dados e informação que resultam desta utilização podem ser usados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (Ordem Enfermeiros, 2009).

Um diagnóstico de enfermagem, de acordo com a CIPE, “é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (Ordem Enfermeiros, 2009, p.14). Ou seja, um diagnóstico “é uma apreciação clínica, sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade aos atuais e potenciais problemas da saúde/hábitos de vida” (Stanhope & Lencaster, 1999, p. 1191).

Tal como Orem (1983), a CIPE (Ordem Enfermeiros, 2010) define autocuidado como a atividade executada pelo próprio: “Tratar do que é necessário para se manter operacional, lidar com as necessidades básicas e íntimas e, atividades de vida diária”.

Utilizando a CIPE, e o referencial teórico de Orem, verificamos que o cuidador principal apresenta três problemas prioritários, “A qualidade da minha vida piorou” (da categoria restrições sociais), “Deixa-me muito cansado fisicamente” (da categoria exigências do cuidar) e “ Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” (da categoria reações ao cuidar), com o mesmo diagnóstico de enfermagem que é défice de autocuidado.

3.3.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo António Tavares (1990) os objetivos devem corresponder aos resultados que se pretendem atingir, para a população alvo, com a implementação do projeto. Esta etapa é essencial, pois só com uma correta definição de objetivos, se poderá fazer uma correta avaliação dos resultados obtidos, com a execução do plano em causa (Imperatori, 1993). De acordo com

António Tavares (1990) e Emílio Imperatori (1993), as fases desta etapa são as seguintes: a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação de objetivos; a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Os indicadores dos problemas prioritários são os seguintes:

- 1) Que pelo menos seis (6) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “Deixa-me muito cansado fisicamente”/ n.º de cuidadores principais;
- 2) Que pelo menos cinco (5) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “a qualidade da minha vida piorou”/ n.º de cuidadores principais;
- 3) Que pelo menos quatro (4) cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” / n.º de cuidadores principais;

Para a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários foi utilizada a técnica dos cenários que “prevê o estado futuro de um sistema baseado em pressupostos sobre interações e condições externas” (Tavares, 1990, p.131). Tentando responder às questões colocadas pelo autor relativamente aos problemas identificados, onde o problema prioritário selecionado é o “défice de autocuidado”, posso levantar a hipótese que esta situação poderá ser atribuída ao facto, dos cuidadores terem pouca informação e poucos apoios sociais e políticos que os possam ajudar a cuidar do seu doente; e também porque estes não partilham as suas dúvidas e sentimentos com outros. Pode-se melhorar a situação através do apoio da equipa de voluntariado, e com a realização de sessões formativas e de partilha de experiências, sentimentos e dificuldades. Os condicionantes externos que podem inviabilizar a melhoria da situação são: não conseguir apoio da equipa de voluntariado para todos os cuidadores e não conseguir recursos humanos para as sessões formativas e de partilha.

Assim os objetivos definidos para intervenção em enfermagem foram os seguintes:

- Objetivo geral:
 - Desenvolver estratégias para que os cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI melhorem o seu autocuidado.

- Objetivos específicos:
 - Que metade dos cuidadores interessados possa ter o apoio da equipa de voluntariado;
 - Que pelo menos seis (6) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: ”Deixa-me muito cansado fisicamente”;
 - Que pelo menos cinco (5) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “a qualidade da minha vida piorou”;
 - Que pelo menos quatro (4) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”;

As ações desenvolvidas para atingir estes objetivos foram as seguintes: reunião com a Diretora da Caritas, responsável pela equipa de voluntariado da Caritas; verificação da disponibilidade da equipa de voluntariado para apoiar os cuidadores principais da ECCI; pesquisa bibliográfica sobre as temáticas das sessões com os parceiros da equipa de saúde e comunidade; reunião com Assistente Social da Segurança Social que dá apoio a Sines, com a médica de família com formação na área do sono e técnicas de relaxamento, com a fisioterapeuta e com a higienista oral do ACESAL; para saber das suas disponibilidades para participar nas sessões de educação para a saúde, sobre recursos existentes na comunidade e estratégias para diminuir as dificuldades do cuidador. A seleção de estratégias proposta no planeamento em saúde por António Tavares (1990), não é aqui mencionada pelo facto de só ser aplicada a projetos de grande dimensão.

3.3.4. Preparação Operacional

A preparação operacional é segundo António Tavares (1990) a quinta etapa do processo de planeamento em saúde. Nesta etapa deverão ser especificadas as atividades que constituem o projeto, e estas devem ser definidas segundo os objetivos estabelecidos. Segundo o mesmo autor cada atividade deve ser especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível o objetivo que pretende atingir e eventualmente o custo da atividade (Tavares, 1990, p. 169).

No Apêndice IX, é apresentado um cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio e o apêndice X resume a preparação operacional.

3.4. Seleção e Implementação de Estratégias de Intervenção

Descrevem-se de seguida as intervenções desenvolvidas no projeto, que tiveram por base a pesquisa realizada sobre estratégias de intervenção nesta área, a qual se apresenta no apêndice XI.

3.4.1. Apoio aos cuidadores por uma equipa de voluntariado

De forma a dar resposta ao objetivo específico, “Que metade dos cuidadores interessados possa ter o apoio da equipa de voluntariado”, foi feita uma reunião com a diretora da Caritas de Sines. A reunião realizou-se no dia 25 de outubro.

A responsável da equipa de voluntariado mostrou disponibilidade para os voluntários participarem no apoio aos cuidadores de doentes dependentes que fazem parte da ECCI, ficando com a lista e respetivas moradas dos cuidadores interessados.

Os cuidadores interessados em ser apoiados eram onze (11), mas, entretanto faleceu um doente dependente e outro foi para um lar. Um dos cuidadores que tinha dito que não queria o apoio dos voluntários reconsiderou, após explicação mais detalhada em visita domiciliária, e passou a estar interessado. Assim há dez cuidadores que são visitados regularmente pela equipa de visitantes da Cáritas. Foi atingido o objetivo, pois todos os cuidadores interessados têm o apoio da equipa de voluntariado.

3.4.2. Sessão: “Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores.

Esta sessão foi realizada no dia 19 de novembro, contou com a presença de seis cuidadores, sendo que dos dezasseis cuidadores dois já não tinham doente dependente, pois faleceram, outro foi para o lar, os outros sete cuidadores não conseguiram comparecer.

Durante a sessão os cuidadores apresentaram-se uns aos outros e houve a reflexão, aquisição e partilha de experiências e sentimentos, além do esclarecimento de dúvidas. Esta sessão foi mais longa do que o previsto, devido à apresentação de cada cuidador ter sido demorada. O tema desta sessão foi feito também a nível da visita domiciliária individualmente a cada cuidador que não pode estar presente na sessão. Na visita domiciliária esclareceram-se dúvidas, aos cuidadores presentes na sessão. A preparação operacional, o plano e a avaliação da sessão seguem em apêndice XII.

3.4.3. Sessão: “Estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores do doente dependente: lazer, importância do sono e repouso e técnicas de relaxamento”.

Foi feita uma reunião com uma médica de família, com formação na área de sono repouso e técnicas de relaxamento, e esta mostrou-se disponível para realizar a sessão.

Esta sessão foi realizada no dia 3 de dezembro, contou com a presença de seis cuidadores, sendo que dos dezasseis (16) cuidadores, dois (2) já não tinham doente dependente, pois faleceram, outro foi para o lar, os outros sete (7) cuidadores não conseguiram comparecer. Durante a sessão houve a reflexão, partilha de experiências e sentimentos, além da aquisição de conhecimentos relativamente aos temas e esclarecimento de dúvidas. O tema desta sessão foi abordado também na visita domiciliária individualmente a cada cuidador que não pode estar presente na sessão. Além disso, na visita domiciliária foram-se esclarecendo dúvidas, que surgiram posteriormente, aos cuidadores presentes na sessão. A preparação operacional, o plano e a avaliação da sessão seguem em apêndice XIII.

3.4.4. Sessão: “Importância da mobilidade, posicionamentos e transferências de pessoas dependentes”.

A ECCI de Sines nunca teve apoio de um fisioterapeuta, nem este recurso está disponível na comunidade de forma gratuita para estes utentes, mesmo pertencente a outra instituição. Na ECCI fazem parte utentes acamados, que tem desenvolvido os efeitos adversos da imobilidade e por essa necessidade ser sentida, foi proposta a realização desta sessão no âmbito deste estágio.

Esta sessão foi realizada no dia 10 de dezembro, contou com a presença de cinco cuidadores, sendo que dos dezasseis cuidadores dois já não tinham doente dependente, pois faleceram, outro foi para o lar, os outros oito cuidadores não conseguiram comparecer. Durante a sessão houve a reflexão, partilha de experiências e sentimentos, além da aquisição de conhecimentos relativamente aos temas e esclarecimento de dúvidas.

O tema desta sessão foi abordado também na da visita domiciliária individualmente a cada cuidador que não pode estar presente na sessão. Além disso, na visita domiciliária foram-se esclarecendo dúvidas, aos cuidadores presentes na sessão.

A fisioterapeuta sugeriu nos próximos cursos, a realização de uma sessão sobre exercícios dirigidos ao próprio cuidador, de forma a aliviar as tensões dos esforços que estes fazem diariamente por cuidarem de uma pessoa dependente.

Esta sugestão foi prontamente aceite pela equipa da unidade de cuidados na comunidade. A preparação operacional, o plano e a avaliação da sessão seguem em apêndice XIV.

3.4.5. Sessão: Estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados ao doente dependente: “Alimentação e higiene oral”

Esta sessão enquadra-se numa atividade de estágio, não como estratégia para dar resposta às necessidades encontradas, mas sim como um complemento para os cuidadores utilizarem quer para si, quer para o seu doente dependente, aproveitando um recurso disponível na comunidade.

Realizou-se uma reunião com a Higienista Oral Marta, no dia 19 de outubro e esta mostrou-se disponível para participar numa sessão sobre higiene oral e alimentação, assim como para ações futuras com os cuidadores.

Esta sessão foi realizada no dia 17 de dezembro, só contou com a presença de quatro cuidadores, sendo que dos dezasseis cuidadores dois já não tinham doente dependente, pois faleceram, outro foi para o lar, os outros nove cuidadores não conseguiram comparecer, Durante a sessão ouve uma grande partilha de experiências e sentimentos, além da aquisição de alguns conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

O tema desta sessão foi abordado também no nível da visita domiciliária individualmente a cada cuidador que não pode estar presente na sessão. Além disso, na visita domiciliária foram-se esclarecendo dúvidas, que surgiram posteriormente, aos cuidadores presentes na sessão. A preparação operacional, o plano e avaliação de sessão segue em anexo XV.

3.4.6. Sessão sobre Recursos da Comunidade

Esta sessão foi realizada no dia 26 de novembro, contou com a presença de cinco cuidadores, sendo que dos dezasseis cuidadores dois já não tinham doente dependente, pois faleceram, outro foi para o lar, os outros oito cuidadores não conseguiram comparecer.

Durante a sessão houve a reflexão, partilha de experiências e sentimentos, além da aquisição de conhecimentos relativamente aos recursos existentes e esclarecimento de dúvidas.

O tema desta sessão foi abordado também no nível da visita domiciliária individualmente a cada cuidador que não pode estar presente na sessão. Além disso, na visita domiciliária foram-se esclarecendo dúvidas, que surgiram posteriormente, aos cuidadores presentes na sessão. A preparação operacional, o plano e avaliação da sessão segue em anexo XVI.

3.5. Apresentação e Análise dos Resultados

A avaliação do projeto, segundo António Tavares (1990) é a última fase do Planeamento em Saúde, “só uma correta avaliação e controlo dos projetos permite comparar os estados, inicial e final da população alvo, antes e após a implementação do projeto” (Tavares, 1990, p. 214). Esta avaliação, na medida em que este é um trabalho académico, foi feita um mês depois da implementação do projeto, no último mês de estágio. A avaliação só foi feita a treze (13) cuidadores, uma vez que dois dos utentes dependentes faleceram e outro foi para o lar. Foi novamente aplicado o índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI). Nas categorias onde foram identificados problemas prioritários: “restrições sociais”, “exigências do cuidar” e “reações ao cuidar”, não houve nenhuma afirmação identificada pelos cuidadores que lhes causasse “muita perturbação”. Houve uma melhoria significativa no “sentir” dos cuidadores em todas as categorias. Assim, podemos dar como exemplo na categoria “restrições sociais”, e na afirmação “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da minha família”. Na fase do diagnóstico, oito cuidadores referiam causar-lhes “alguma perturbação”, na última avaliação esta só foi mencionada por três cuidadores. Na afirmação “não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria” também há a alteração no sentimento de lhes causar “alguma perturbação” de nove para três. Na categoria “exigências do cuidar”, na afirmação “a pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar”, no diagnóstico, a três cuidadores causava “muita perturbação”, a onze “alguma perturbação” e a dois “não perturba”. Na última avaliação a oito cuidadores causa “alguma perturbação” e a cinco “não perturba”. Na afirmação “ando a dormir pior por causa desta situação”, na fase de diagnóstico da situação, a oito cuidadores causa “muita perturbação”, a quatro “alguma perturbação” e a quatro “não acontece”. Na última avaliação a cinco causa “alguma perturbação”, e a oito “não acontece”. Na categoria “reações ao cuidar”, na afirmação “por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada”, a seis cuidadores causava “muita perturbação” e a nove “alguma perturbação”. Na última avaliação a dois cuidadores causa “alguma perturbação”, a quatro “não perturba” e a sete “não acontece”. (Apêndice VII).

Através da aplicação do CADI podemos constatar que os objetivos traçados para as intervenções de enfermagem foram atingidos.

Assim, relativamente ao objetivo: “Que metade dos cuidadores interessados possa ter o apoio da equipa de voluntariado”; podemos dizer que todos os cuidadores interessados ficaram com apoio da equipa de voluntariado. No objetivo, que “pelo menos seis (6) cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar “muita

perturbação””, para lhe causar “alguma perturbação”, relativo à afirmação: ”Deixa-me muito cansado fisicamente”; é de salientar que dos onze cuidadores que lhes causava “muita perturbação”, o facto de cuidar os deixar muito cansados fisicamente, todos alteraram o seu “sentir” na última avaliação, não havendo nenhum que lhes cause “muita perturbação” (Quadro n.º 7). Assim este objetivo foi atingido na sua totalidade.

Em relação ao objetivo, que “pelo menos cinco (5) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar “muita perturbação”, para lhe causar “alguma perturbação”, relativo à afirmação: “a qualidade da minha vida piorou””; constata-se que dos cuidadores avaliados, não temos nenhum que lhe cause “muita perturbação” o facto da sua qualidade da sua vida ter piorado, sete causa-lhes “alguma perturbação”, e seis afirmam que isso não os perturba. Este indicador foi atingido na sua totalidade, tal como se pode verificar no quadro n.º 7.

Quanto ao indicador que “pelo menos quatro (4) dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar “muita perturbação”, para lhe causar “alguma perturbação”, relativo à afirmação: “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar””; não há nenhum cuidador que lhe cause “muita perturbação”, a sete, causa “alguma perturbação”, a dois não perturba e a quatro não acontece. Este indicador foi atingido na sua totalidade (Quadro n.º 8).

Quadro n.º 7 – O “Sentir” dos cuidadores relativamente às afirmações do CADI das categorias de intervenção prioritária na fase de diagnóstico e avaliação.

AFIRMAÇÕES	Diagnóstico - 16 cuidadores				Avaliação – 13 cuidadores				Objetivos
	Não acontece	Não perturba	Alguma perturbação	Muita perturbação	Não acontece	Não perturba	Alguma perturbação	Muita perturbação	
“Deixa-me muito cansado fisicamente”	0	0	5	11	4	2	7	0	Atingido
”A qualidade da minha vida piorou”	0	1	6	9	0	6	7	0	Atingido
“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”	0	0	9	7	4	2	7	0	Atingido

Assim foram atingidos os objetivos específicos propostos. O objetivo geral “desenvolver estratégias para que os cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI melhorem o

seu autocuidado”, foi também atingido, pois os cuidadores principais de pessoas dependentes conseguiram desenvolver estratégias para melhorarem o seu autocuidado, confirmando-se este facto com a alteração do seu “sentir”, nas afirmações do CADI. Esta avaliação vai de encontro à teoria do autocuidado de Orem (1993), que tem por base, a convicção de que o ser humano tem habilidades intelectuais e práticas, próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode beneficiar com o cuidado da equipa de enfermagem, quando apresentar défice de autocuidado. A equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar em que está inserido, em parceria com e a comunidade, ajudaram os cuidadores a diminuir as dificuldades.

4. CONCLUSÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes surge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países onde este fenómeno está presente, como é o caso de Portugal.

Para que se possa manter a pessoa dependente no seu domicílio com a melhor qualidade de vida possível, é fundamental que o cuidador consiga cuidá-lo adequadamente. Para tal é essencial que as necessidades do cuidador sejam identificadas, pois só assim é possível intervir de forma a diminuí-las.

É necessário valorizar o cuidador e a sua família, que na maioria das vezes trabalham de forma incansável, sendo estes os agentes fundamentais no cuidar dos dependentes, beneficiando não só ele próprio, o dependente e ao mesmo tempo a sociedade.

Este projeto permitiu-me o contacto direto com os cuidadores principais nos domicílios, isto é, nos contextos concretos da prestação de cuidados à pessoa dependente, o que me possibilitou uma experiência e obtenção de um conhecimento mais completo das suas dificuldades. De forma a ilustrar melhor as necessidades identificadas neste estudo, é importante salientar que a maioria dos cuidadores principais da pessoa dependente são familiares deste, prestam-lhe cuidados mais de dez horas por dia, e cuidam-no há mais de cinco anos.

É de reforçar que a aplicação do CADI, a realização de dois estudos de caso, aplicando a metodologia de planeamento em saúde, tendo por base o referencial teórico de Dorothea Orem resultou numa melhor identificação, priorização, seleção e implementação de estratégias de intervenção.

As categorias de dificuldades (CADI) identificadas pelos cuidadores principais, que apresentaram intervenção prioritária foram nas categorias: “restrições sociais”, “exigências do cuidar” e “reações ao cuidar”. Foram estabelecidos objetivos específicos relativos ao “sentir” dos cuidadores nas afirmações que tinham avaliação mais negativa, nas categorias de intervenção prioritária. As estratégias de intervenção incluíram o apoio de uma equipa de voluntariado e a criação de um espaço de formação, partilha e aconselhamento para estes cuidadores. Na avaliação do projeto foi aplicado de novo o CADI, tendo os objetivos propostos sido atingidos porque houve evolução do “sentir” para uma forma mais positiva, nas afirmações das categorias de intervenção prioritária, havendo melhoria do autocuidado dos cuidadores.

As estratégias foram implementadas em parceria com a equipa de saúde e com a comunidade, com o objetivo de diminuir as dificuldades dos cuidadores, melhorando o seu autocuidado. Estas contribuíram para que os cuidadores conseguissem falar e partilhar com outros cuidadores que têm o mesmo problema; e a equipa de voluntários ajudou-os a preencher uma parte do seu isolamento, possibilitando-lhes momentos de expressão de sentimentos, ou proporcionando-lhes um tempo “para si” próprios. Estas intervenções contribuíram para os cuidadores melhorarem o seu autocuidado.

Foi muito gratificante fazer dois estudos de caso, pois permitiram compreender melhor a situação, conhecer as razões que levaram as cuidadoras a cuidar, e aprofundar as suas necessidades específicas, resultando assim uma intervenção mais eficaz, por ser personalizada, esta é uma prática que passei a utilizar na minha atividade profissional.

Apesar das dificuldades apontadas pelos cuidadores, o domicílio é o lugar adequado para cuidar da pessoa dependente, já que esta se mantém no seu habitat natural.

Ao terminar este trabalho gostaria de referir que a limitação do cuidador ao espaço doméstico, tem-no tornado invisível perante sociedade. Sem o reconhecimento da sociedade, o cuidador tende a isolar-se no seu quotidiano e no seu núcleo familiar. Parte-se da suposição de que, em geral, as famílias têm condições suficientes para dar conta da situação da pessoa dependente, e as necessidades que não podem ser satisfeitas pelos membros da família serão resolvidas pelas ofertas de mercado. Mas, muitas vezes o cuidador e família, por si só não têm condições e informação suficientes para cuidar da pessoa dependente, pelo que o enfermeiro, que habitualmente é o primeiro a contactar com a situação no domicílio, deve identificar as necessidades e intervir de forma a diminuí-las.

Os profissionais de saúde apresentam uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente no apoio às famílias/ cuidadores de dependentes. O enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública é responsável por identificar as necessidades desta população, prioriza-las, desenvolver estratégias para minimizá-las, implementá-las e avaliá-las. Essa avaliação servirá de ponto de partida para a reformulação de objetivos e seleção de novas estratégias de intervenção. A articulação com os vários elementos da saúde e parceiros da comunidade é fundamental para o êxito da intervenção.

É importante a utilização da metodologia de planeamento em saúde, pois consegue-se abranger uma grande parte de problemas, e ir atuando nos que são identificados como prioritários, de forma a que o cuidador principal consiga diminuir as suas dificuldades e assim poder prestar melhores cuidados à pessoa dependente.

Esta metodologia deve estar articulada com um referencial teórico, como a teoria utilizada neste projeto, a do autocuidado de Dorothea Orem, pois dá suporte à metodologia utilizada.

Este projeto possibilitou-me aprender e aprofundar o processo que envolve o cuidar, e das dificuldades que o rodeiam, levando-me à reflexão da realidade, muitas vezes ignorada pelos profissionais de saúde e pelo contexto social envolvente.

Como limitação ao estudo, deve referir-se o tempo de estágio, pois para seguir a correta metodologia de Planeamento em Saúde, a avaliação do projeto não deveria ter sido feita um mês depois da implementação das estratégias, mas sim após seis meses.

Considera-se que a realização deste estágio e a contribuição para o processo de capacitação de grupos (cuidadores principais), foi de grande importância para a minha formação, ficando assim habilitada para implementar novos projetos utilizando esta metodologia. Neste sentido considero que adquiri competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Por último, gostaria de salientar, a realização profissional obtida pelo desenvolvimento deste projeto no meu local de trabalho, pois era uma necessidade sentida, mas que não tinha sido posta em prática por falta de recursos humanos. Além disso, é importante referir que este projeto irá ser continuado no Centro de Saúde de Sines.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência nacional de saúde suplementar (2011). *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro.

Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2011) - *Plano de desempenho*. Acessível no Agrupamento de Centros de saúde do Alentejo Litoral, Portugal.

Araújo, C.; Pinto, E; Lopes, J; Nogueira, L.; Pinto, R. (2007). Estudo de caso. Unidade curricular de métodos de investigação em educação do Mestrado em educação. Universidade do Minho, acedido a 18 de junho de 2013, disponível em <http://grupo4te.com.sapo.pt/mie2.html>.

Brown, Diana (2010). *A obrigação de cuidar: Mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis*. In Maluf, S., Tornequist, C. Género, saúde e aflição: Abordagens Antropológicas. (pp. 215-219). Florianópolis, Santa Catarina. Letras Contemporâneas.

Caldas, Célia (2002). *O idoso em processo de demência: O impacto na família*. In Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. ISBN: 85-7541-008-3.

Câmara Municipal de Sines (2012), acedido a 31 de Março de 2012, disponível em www.sines.pt. <http://www.sines.pt/PT/Concelho/Paginas/default.aspx..>

Campos (2000). *Saúde pública e saúde colectiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. Brasil. Sociedade e cultura. V. 3 n.º 1, acedido a 7 de março de 2013, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttex..

Caritas (2012). *Caritas Paroquial de Sines*. acedido a 30 de outubro de 2012, disponível em <http://Caritassines.blogspot.pt/>.

Colliére, M.F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*. 2ª ed. Lisboa. Lusodidacta.

Collière, M.F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses.

Decreto-Lei n.º 101/2006. Rede Nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República Série- A. N.º 109 (06-06- 2006), 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 238/2012. Unidade Local de saúde do Litoral Alentejano. Diário da República, 1.ª série. N.º 211. (31-10-2012). 6288-6291.

Decreto-Lei n.º 111/2009. Do código deontológico do enfermeiro. Diário da Republica, 1.ª série. N.º 180. 16-09- 2009. 6547-6549.

Magalhães, C.; Fernandes, A; Antão, C. (2012). *Sono e envelhecimento*. In X Jornadas de Saúde Mental no Idoso: Implicações da Saúde Mental no Envelhecimento Ativo. Vila Real. Bragança. Instituto politécnico de Bragança, acedido a 6 novembro de 2012, disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6787>.

Ferreira (2010). *A adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem*. Revisão sistemática de literatura. Santarém. Instituto politécnico de Santarém.

Ferreira, G. (1989). *Sistemas de saúde e seu funcionamento*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa Climepsi – Sociedade Médico-Psicológica, Lda..

Figueiredo, D.; Sousa, L. (2008). *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Lisboa. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Grelha, P. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário. Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Tese de Mestrado. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Henriques, A.(2008). *Caracterização do sono dos estudantes universitários do Instituto superior Técnico*. Tese de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Imperatori, Emílio (2004). *Valores e princípios*. Lisboa. Revista Portuguesa de saúde Pública. Vol. 22 N.º 1- Janeiro \ junho.

Institute of medicine (1988). *The Future of Public Health* (Free Executive Summary). Committee for the Study of the Future of Public Health; Division of Health Care Services, acedido a 30 de março de 2013, disponível em: http://wbgustream.bgsu.edu/baker08/Future_of_PH_1988Exec_Summary.pdf.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário estatístico do Alentejo. 2010*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário estatístico de Portugal. 2010*. Lisboa.

LEI n.º 71/98. Bases do enquadramento jurídico do voluntariado de 3 de Novembro Diário da Republica, I série - A N.º 254 (3-11-1998).5694-5696.

Mata, M.; Pimentel, M.; Sousa, F. (2012). *Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. Chaves. Contextos de Investigação em Saúde.

Ministério da Saúde (2008). *Saúde oral das pessoas idosas*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2008).*Envelhecer com sabedoria. Alimente-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2010) *CIPE Versão 2*, acedido em 13 de Março de 2012, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Referencial do Enfermeiro*. Rede Nacional de Cuidados Continuados. Conselho de Enfermagem.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures. Lusociência.

Paiva, T. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. 2.^a Ed. Cruz Quebrada: Oficina do Livro.

Paul, C.. *Lá para o fim da vida; Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra. Almedina.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa.

Sampaio, F.; Aquino, P.; Araújo, T.; Thelma; Galvão, T. (2008) *Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem*. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 21 n.º 1 (Janeiro/Março 2008) p. 94-100. acedido em 09/05/2012 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-1002008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã. Lidel – Edições Técnicas Lta.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos*. Loures. Lusodidacta.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures. Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do prestador. Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD): Pontuação _____

O Índice de Barthel avalia as Actividades Básicas de Vida Diária do idoso a quem presta cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

1. Alimentação

0 – Incapaz/dependente. Necessita de ser alimentado por outra pessoa

5 – Necessita de ajuda para cortar, espalhar a manteiga, etc., mas é capaz de comer sozinho

10 – Independente. Consegue comer por si próprio num tempo razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.

2. Banho

0 – Dependente. Necessita de ajuda ou supervisão

5 – Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.

3. Vestir

0 – Dependente. Necessita de ajuda total

5 – Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda

10 – Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)

4. Higiene Pessoal

0 – Necessita de auxílio nos cuidados pessoais

5 – Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)

5. Intestinos

0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.

5 – Acidente ocasional. Menos de um episódio por semana.

10 – Continente. Não apresenta episódios de incontinência.

6. Bexiga

0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas. Inclui pacientes com algália incapazes de a manejarem.

5 – Acidente ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante

10 – Continente. Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, sonda,...).

7. Uso da sanita

0 – Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda

5 – Necessita de alguma ajuda. Capaz de se desenrascar com uma pequena ajuda; consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho.

10 – Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.

8. Transferências

0 – Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.

5 – Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda

10 – Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.

15 – Independente. Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, nem para se deitar ou levantar da cama.

9. Mobilidade

0 – Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa

5 – Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão.

10 – Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.

15 – Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex. bengala, canadiana) excepto o andarilho.

ANEXO II – Índice de avaliação de dificuldades do cuidador

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI – Carers’ Assessment of Difficulties Index)

[Elaborado por Nolan, Grant e Keady (1998), validado para a língua portuguesa por Brito (2002) e aplicado na população portuguesa por Sequeira (2007), que identificou categorias/dimensões diferentes da população do Reino Unido.]

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba--me muito
1 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2 - Por vezes sinto-me de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3 - Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4 - Traz-me problemas de dinheiro				
5 - A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6 - A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7 - Parece-me que os técnicos de saúde e acção social (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9 - Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10 - Deixa-me muito cansado fisicamente				
11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				

15 - Ando a dormir pior por causa desta situação				
16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17 - Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21 - A qualidade da minha vida piorou				
22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23 - A minha saúde ficou abalada				
24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25 - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26 - Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30 - Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor, indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba--me muito

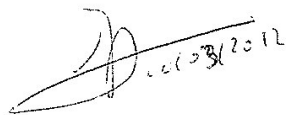
ANEXO III – Utentes inscritos no Centro de saúde de Sines

**Percentagem de utentes inscritos na área de influência do Centro de Saúde,
por grupo etário.**

Faixa etária	Nº Utentes Sines	Nº Utentes Porto Côvo	Total Utentes	% Utentes
< 1 ano	150	9	159	1
1 – 4 anos	598	42	640	4.2
5 – 9 anos	718	52	770	5.1
10 – 14 anos	696	53	749	4.9
15 – 19 anos	742	41	783	5.2
20 – 24 anos	785	45	830	5.5
25 – 29 anos	935	64	999	6.6
30 – 34 anos	1111	89	1200	7.9
35 – 39 anos	1109	80	1189	7.9
40 – 44 anos	974	58	1032	6.8
45 – 49 anos	999	90	1089	7.2
50 – 54 anos	1028	84	1112	7.3
55 – 59 anos	909	76	985	6.5
60 – 64 anos	800	77	877	5.8
65 – 74 Anos	1295	142	1437	9.5
= 75 Anos	1171	138	1309	8.6
Total	14020	1140	15160	100
<i>FONTE: SINUS, 10 Abril de 2012</i>				

ANEXO IV – Autorização para realizar estágio no Centro de saúde de Sines

20.03.2012

 20.03.2012

Exmo. Sr. Director Executivo do ACHSAI

Dr. Paulo Espiga, com conhecimento da

Sra. Enfermeira Chefe Anabela Pereira

Coordenadora da UCC

do Centro de Saúde de Sines

Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho, enfermeira, a exercer funções no Centro de Saúde de Sines, com o nº mecanográfico 55059, estando a beneficiar do estatuto de trabalhador estudante desde 14 de Outubro de 2011, para frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem comunitária, vem neste âmbito pedir autorização para desenvolver estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Sines para implementar o "Projecto de apoio aos cuidadores informais", integrado na carteira básica da Unidade Funcional. Este projecto será elaborado em duas fases:

- Integrado na área curricular de opção II – Estágio de Intervenção comunitária (2º semestre) que decorre de 21 de Março a 12 de Julho de 2012, em que há a elaboração do projecto de estágio a implementar no 3º semestre. Este será desenvolvido em horário extra laboral.

- Implementação do projecto que decorre de Outubro de 2012 a Março de 2013. (a informação será enviada posteriormente).

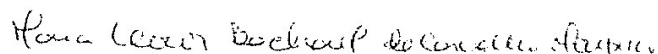
A Enfermeira Anabela Pereira, coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Sines e a Enfermeira Ana Palmeirinha, vogal de Enfermagem do Agrupamento de Centros de Saúde do Litoral Alentejano, já foram auscultadas relativamente à pertinência do projecto.

Ficando a aguardar deferimento

Cumprimentos,

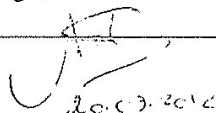
Sines, 15 de Março de 2012

A Enfermeira



Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho

Concedido.

 20.03.2012

A ENFERMEIRA ANA PALMEIRINHA
SOLICITANDO ANEXAR.



Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral

Exmo. Sr. Director Executivo

Dr. Paulo Jorge Espiga Alexandre

Avenida José Saramago

7580-206 Alcácer do Sal

Na resposta indicar sempre a "Nossa referência". Em cada ofício referir um só assunto

Sua referência:

Nossa referência: /AR

Sua comunicação:

Data: 2012-07-02

Ofício nº: 002121

Assunto: Pedido de autorização de estágio – 3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.

Vimos solicitar autorização para que a Sr.^a Enfermeira **Maria Leonor Moutinho**, estudante do supra citado Curso, possa desenvolver o seu estágio, no âmbito da Unidade Curricular ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA no período de **01 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013**, no *Centro de Saúde de Sines*, da V.^a Instituição.

O horário praticado será ajustado ao projecto a desenvolver e acordado com a orientadora a Sr.^a Enfermeira *Anabela Pereira*.

A finalidade deste estágio é desenvolver competências de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade, com o objetivo de:

- Identificar os problemas de saúde reais e potenciais de um grupo/ famílias ou de uma comunidade.
- Identificar as respostas dos subsistemas da comunidade na resolução dos problemas identificados.
- Identificar e mobilizar os recursos necessários, para responder às necessidades da população.

- Prestar cuidados de enfermagem a vários níveis de prevenção e a diferentes sistemas clientes.

O docente responsável pelo estágio é a *Sr.ª Prof.ª Maria Manuel Quintela*.

Agradecemos antecipadamente a disponibilidade concedida a este pedido.

Com os nossos cumprimentos,

A Coordenadora do 2º Ciclo

MARIA ANTÓNIA REBELO BOTELHO

PROF.ª DOUTORA MARIA ANTÓNIA REBELO BOTELHO

MARB/CN

Na resposta indicar sempre a "Nossa referência". Em cada ofício referir um só assunto

ANEXO V - Declaração de autorização para discussão de relatório de estágio

Adriana Cristina Silva Coelho

De: Maria Moutinho [Maria.Moutinho@alentejolitoral.min-saude.pt]
Enviado: quinta-feira, 25 de Julho de 2013 16:29
Para: Adriana Cristina Silva Coelho
Cc: maria.jesus.gonclaves@ulsla.min-saude.pt; Anabela Gonçalves Pereira
Assunto: RE: Certificado/ Declaração Comprovativa
Anexos: Estatuto trabalhador estudante e matricula na especialidade de enfermagem comunitária.pdf; pedido de autorização de estágio.pdf; Ficha da Unidade Curricular de estágio do 3º semestre do Curso Mestrado.doc

Bom dia Sra Enfermeira Diretora da ULSLA

Maria de Jesus Gonçalves,

Eu, Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho, frequentei o 3º Curso de Mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no período de 11 de outubro de 2011 a 15 de fevereiro de 2013 em horário pós laboral, com recurso a estatuto de trabalhador estudante, como documentos em anexo.

O estágio final, no âmbito da unidade curricular Estágio de enfermagem comunitária e da família, decorreu no período de 1 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, no Centro de Saúde de Sines/UCC Sines com saúde, tendo como docente responsável a Professora Maria Manuel Quintela e como orientadora no local a Enfermeira Anabela Pereira, conforme documento em anexo.

Para conclusão do mestrado há necessidade de realizar uma discussão pública, para a qual necessito de uma autorização da ULSLA, para apresentação do relatório final sobre o tema: DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES PRINCIPAIS DE PESSOA DEPENDENTE - Um projecto de intervenção de enfermagem comunitária no centro de saúde de Sines.

Quanto ao parecer da comissão de ética, é de referir que no período de realização do curso, esta entidade ainda não estava criada. No entanto foram cumpridas todas as fases previstas no desenvolvimento de trabalhos de investigação com envolvimento de utentes.

Com a frequência deste curso e as competências pessoais e profissionais adquiridas pretendo melhorar os cuidados a desenvolver aos utentes/comunidade, quer na UCC Sines com Saúde, quer na ULSLA.

Sendo assim, venho por este meio solicitar a declaração de autorização para apresentação na discussão pública.

Grata pela atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos.

Maria Leonor Moutinho

De: Adriana Cristina Silva Coelho [adriana.coelho@ulsla.min-saude.pt]
Enviado: terça-feira, 23 de Julho de 2013 10:00
Para: Maria Leonor Bacharel Carvalho Moutinho
Cc: Enfermeiro Director; Rosa Maria Jesus Henriques
Assunto: Certificado/ Declaração Comprovativa

Bom Dia Sr.ª Enfermeira

Deve ser garantida a confidencialidade dos dados que possam reportar-se a utentes H.L.C.

*Nada a opor.
Solicito o envio de uma cópia do referido relatório e seu proposto a apresentar do mesmo num evento formativo*

*Maria de Jesus Gonçalves
Enfermeira Diretora
ULSLA EIP-25 07/13 0419*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização da pessoa dependente

CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE DEPENDENTE NO DOMICÍLIO

1. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** _____

3. **Estado civil:**

Casado (a) ☐ Solteiro (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Separado (a)/divorciado (a) ☐

União de facto ☐

4. **Escolaridade**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º Ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º Ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º Ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Ensino médio ☐

Ensino superior ☐

Outra. Qual? ☐

5. **Profissão anterior à dependência:** _____

6. **Tipo de dependência segundo o Índice de Barthel:**

Independente (90 a 100 pontos) ☐

Ligeiramente dependente (60 a 89 pontos) ☐

Moderadamente dependente (40 a 55 pontos) ☐

Severamente dependente (20 a 35 pontos) ☐

Totalmente dependente (menos de 20 pontos) ☐

7. **Habitação**

Urbana ☐ → Casa ☐ Apartamento ☐

Rural ☐ Distância à povoação mais próxima: _____

Saneamento básico: Sim ☐ Não ☐

Electricidade: Sim ☐ Não ☐

Acessibilidade à habitação: - Com acessibilidade (elevador, rampa) ☐

- Com difícil acessibilidade (escadas) ☐

Meios de transporte: - Viatura própria: Sim ☐ Não ☐

- Transporte público: Sim ☐ Não ☐

8. Fontes de rendimento

Reforma/pensão ☐

Subsídios ☐

Complemento por dependência ☐

Rendimento do cuidador ☐

Outros ☐

9. Motivo de admissão na ECCI

Pessoas em situação de dependência com deterioração significativa das actividades básicas da vida diária ☐

Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio ☐

Incapacidade de gestão do regime terapêutico ☐

Alta recente de unidade de internamento hospitalar ☐

Notas de observação:

APÊNDICE II – Caracterização do cuidador principal e prestação de cuidados

QUESTIONÁRIO AO CUIDADOR PRINCIPAL

1. Caracterização do cuidador principal

1.1 – Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.2- Idade anos

1.3- Estado civil

Casado (a) ☐ Solteiro (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Separado (a)/divorciado (a) ☐

União de facto ☐

1.4 – Agregado familiar

Filho ☐ Conjugue ☐ Outro ☐

Há dependentes? Sim ☐ Não ☐

Idades:

Motivos:

1.5 – Escolaridade

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º Ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º Ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º Ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Ensino médio ☐

Ensino superior ☐

Outra. Qual? ☐

1.6- Situação profissional/ocupação

Empregado ☐ Desempregado ☐ Doméstico ☐

Estudante ☐ Reformado ☐ Outra. Qual? _____

1.7. Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

- Vivem na mesma casa ☐
- Vivem no mesmo bairro/rua ☐
- Vivem na mesma povoação ☐
- Vivem em terras próximas a menos de 30 km de distância ☐
- Vivem a mais de 30 km de distância ☐

1.8 – Qual a sua relação com a pessoa de quem cuida?

Cônjuge ☐ Filho/Filha ☐ Irmã/irmão ☐ Nora/Genro ☐ Neta/Neto ☐
 Outro. ☐ Qual _____

2. Caracterização da prestação de cuidados

2.1 - Que tipo de cuidados presta?

- Cuidados pessoais ☐
- Auxiliar na mobilidade ☐
- Tomar a medicação ☐
- Gerir o dinheiro ☐
- Efectuar trabalhos domésticos ☐
- Tratar de assuntos burocráticos ☐
- Ir às compras ☐
- Passear/actividades de lazer ☐
- Alimentação ☐

2.2 - Durante quanto tempo por dia presta cuidados?

- Menos de 1 hora ☐
- De 1 a 2 horas ☐
- De 2 a 3 horas ☐
- De 3 a 5 horas ☐
- De 5 a 10 horas ☐
- Mais de 10 horas ☐

2.3 - Há quanto tempo cuida desta pessoa?

- Menos de 6 meses ☐

- 6 Meses a 1 ano ☐
- 1 a 2 anos ☐
- 3 a 5 anos ☐
- Mais de 5 anos ☐

2.4 - Mais alguém (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados? Sim ☐ Não ☐

a) - Quantas horas recebe de apoio por semana? _____

b) - Que tipo de apoio recebe?

- Cuidados pessoais ☐
- Alimentação ☐
- Auxiliar na mobilidade ☐
- Tomar a medicação ☐
- Gerir o dinheiro ☐
- Efectuar trabalhos domésticos ☐
- Tratar de assuntos burocráticos ☐
- Ir às compras ☐
- Passear/actividades de lazer ☐

2.5 - Tem que pagar por essa colaboração?

Não ☐

Sim ☐ Quanto? _____

Observações _____

2.6 – Se existisse, gostaria de ter apoio do voluntariado?

Sim ☐

Não ☐

**APÊNDICE III – Consentimento informado para aplicação do CADI para diagnóstico
da situação e avaliação**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem comunitária na Escola superior de enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um estudo que tem como objectivo Conhecer as dificuldades dos cuidadores principais, de doentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados do centro de saúde de Sines, no sentido de capacitá-los para superar ou minimizar essas dificuldades.

Para realizar este estudo preciso da sua colaboração para responder a um questionário sobre a caracterização do cuidador, do utente e das dificuldades do cuidador.

Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária. Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado (a) e esclarecido (a).

Muito obrigado pela sua colaboração

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicitamo-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo
2. Não aceito participar no estudo

Muito obrigado pela sua colaboração

Assinatura, _____

Data ____/____/____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um estudo que tem como objectivo conhecer as dificuldades dos cuidadores principais, de doentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados do Centro de Saúde de Sines, no sentido de capacitá-los para superar ou minimizar essas dificuldades.

Para realizar este estudo preciso novamente da sua colaboração para responder ao questionário sobre as dificuldades do cuidador.

Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária. Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado (a) e esclarecido (a).

Muito obrigado pela sua colaboração

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicitamo-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo
2. Não aceito participar no estudo

Muito obrigado pela sua colaboração

Assinatura, _____

data ____/____/____

APÊNDICE IV – Caracterização da pessoa dependente em ECCI (2012)

Caracterização do utente dependente em ECCI (2012)

Sexo	Feminino		9
	Masculino		7
Idade	40 – 50 anos		2
	51 – 60 anos		1
	61 – 70 anos		0
	71 – 80 anos		6
	81 – 90 anos		3
	91 – 100 anos		4
Estado civil	Casado (a)		8
	Viúvo (a)		5
	Solteiro (a)		1
	Divorciado (a)		1
	União de facto		1
Escolaridade	Não frequentou a escola		2
	1º Ciclo		11
	2º Ciclo		1
	3º Ciclo		2
Profissão anterior à dependência	Doméstica		3
	Comerciante		4
	Agricultor		1
	Costureira		2
	Motorista		1
	Empregado escritório		2
	Empregado de mesa		1
	Empregado de balcão		1
	Cozinheira		1
Habitação	Rural		2
	Urbana	Casa	8
		Apartamento	6
	Saneamento básico		16
	Eletricidade		16
	Acessibilidade à habitação	Sim	10
		Não	6
Meio de transporte do agregado familiar	Viatura própria	Sim	10
		Não	6
	Transporte público	Sim	14
		Não	2
Fontes de rendimento	Reforma/pensão		15
	Complemento por dependência		5
	Rendimento do cuidador		10
Motivo de admissão na ECCI	Dependência com deterioração significativa das atividades básicas de vida diária		16

APÊNDICE V – Avaliação do Índice de Barthel de utentes em ECCI

Índice de Barthel dos utentes em ECCI (2012)


Atividades	Tipo dependência	N.º Utentes
Alimentação	Independente	2
	Necessita de ajuda	8
	Dependente	6
Vestir	Independente	0
	Necessita de ajuda	4
	Dependente	12
Banho	Independente	0
	Dependente	16
Higiene corporal	Independente	3
	Dependente	13
Uso da casa de banho	Independente	0
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	11
Controlo intestinal	Independente	1
	Incontinência ocasional	5
	Incontinência fecal	10
Controlo vesical	Independente	2
	Incontinente ocasional	2
	Incontinente ou algaliado	12
Subir escadas	Independente	0
	Necessita de ajuda	0
	Dependente	16
Transferência cadeira – cama	Independente	0
	Necessita de ajuda mínima	3
	Necessita de grande ajuda	4
	Dependente	9
Deambulação	Independente	0
	Necessita de ajuda	7
	Independente com cadeira de rodas	0
	Dependente	9

Tipo de dependência segundo o Índice de Barthel dos utentes em ECCI (2012)

Índice	Tipo dependência	N.º Utentes
Tipo de dependência Índice de Barthel	Independente	0
	Ligeiramente dependente	0
	Moderadamente dependente	5
	Severamente dependente	2
	Totalmente dependente	9

**APÊNDICE VI - Autorização para utilizar o Índice de Avaliação das Dificuldades do
Cuidador (CADI)**

Pedido de autorização para utilizar índice de avaliação de dificuldades do cuidador


 **MARIA LEONOR BACHAREL DE CARVAL MOUTINHO** <maria.moutinho@campus.esel.pt> 5/15/12
to carlos.quarteto

Bom dia Sr. Professor Carlos Sequeira,

Estou a fazer o Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Vou realizar o meu projecto de intervenção Comunitária na área dos cuidadores principais, cujo objectivo é conhecer as dificuldades dos cuidadores principais, de doentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Sines, no sentido de capacita-los para superar ou minimizar essas dificuldades.

Venho pedir-lhe autorização para utilizar o índice de avaliação de dificuldades do cuidador (CADI), que o Sr. Professor validou para a população portuguesa. Peço-lhe também, por favor, as regras e informações relativas à aplicação do índice, assim como alguma sugestão que considere pertinente para o meu projecto.
Muito obrigada pela sua atenção.

Atenciosamente

 **Carlos Sequeira** <carlos.quarteto@gmail.com> 5/17/12
to me

Cara Maria Leonor, boa tarde.

Se o objetivo é identificar as principais dificuldades dos cuidadores, o CADI é um ótimo instrumento.

Por isso, informo que poderás utilizar esse instrumento no teu trabalho de investigação de mestrado.

Relativamente à sua cotação e regras de preenchimento elas estão publicadas no **cuidar de idosos com dependência física e mental, (2010), editora Lidel**. Está disponível na maior parte das livrarias e também na ESEL.

Neste livro estão todas as informações relativas à cotação, dados psicométricos, bem como outros instrumentos de avaliação dos cuidadores

Se persistir qualquer dúvida disponha.

**APÊNDICE VII - Tabelas de categorias de dificuldades avaliadas pelo CADI no
diagnóstico da situação e avaliação**

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Restrições sociais – Fase de planeamento em saúde - Diagnóstico

RESTRICÇÕES SOCIAIS – CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Não tenho tempo suficiente para mim próprio		1	12	3
Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da minha família	1	7	8	
Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas		4	10	2
Chega a transtornar as minhas relações familiares	8	3	3	2
Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	3	2	9	2
Não consigo ter um tempo de descanso nem dias de férias	1		4	11
A qualidade da minha vida piorou	-	1	6	9

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Restrições sociais – Fase de planeamento em saúde – Avaliação

RESTRICÇÕES SOCIAIS – CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Não tenho tempo suficiente para mim próprio	5	4	4	0
Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da minha família	10	0	3	0
Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas	10	1	2	0
Chega a transtornar as minhas relações familiares	13	0	0	0
Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	10	0	3	0
Não consigo ter um tempo de descanso nem dias de férias	2	5	6	0
A qualidade da minha vida piorou	-	6	7	0

**Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Problemas relacionais –
Fase de planeamento em saúde - Diagnóstico**

PROBLEMAS RELACIONAIS- CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	6	3	6	1
Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	2	0	10	4
Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação	15	0	1	0
A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	13	0	3	0
Esta situação faz-me sentir irritado	4	0	12	0
A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço	7	1	6	2
O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	9	1	4	2
Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	15	0	1	0

**Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Problemas relacionais –
Fase de planeamento em saúde - Avaliação**

PROBLEMAS RELACIONAIS- CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	12	1	0	0
Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	8	1	4	0
Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação	13	0	0	0
A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	13	0	0	0
Esta situação faz-me sentir irritado	12	1	0	0
A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço	12	1	0	0
O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	13	0	0	0
Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	13	0	0	0

**Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Exigências do cuidar –
Fase de planeamento em saúde - Diagnóstico**

EXIGÊNCIAS DO CUIDAR – CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	0	2	11	3
Deixa-me muito cansado fisicamente	0	0	5	11
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados	0	0	15	1
Ando a dormir pior por causa desta situação	4	0	4	8
Esta situação está a transtornar-me os nervos	1	0	14	1
A minha saúde ficou abalada	0	0	11	5
A pessoa de quem eu cuido sofre de incontinência	3	0	10	3

**Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Exigências do cuidar –
Fase de planeamento em saúde - Avaliação**

EXIGÊNCIAS DO CUIDAR – CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	0	5	8	0
Deixa-me muito cansado fisicamente	4	2	7	0
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados	0	8	5	0
Ando a dormir pior por causa desta situação	8	0	5	0
Esta situação está a transtornar-me os nervos	7	3	3	0
A minha saúde ficou abalada	7	3	3	0
A pessoa de quem eu cuido sofre de incontinência	4	3	6	0

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Reacções ao cuidar – Fase de planeamento em saúde - Diagnóstico

REACÇÕES AO CUIDAR – CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Traz-me problemas de dinheiro	2	0	13	1
Por vezes sinto-me de “mãos atadas” sem poder fazer nada	0	1	9	6
Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados	0	0	9	7
Esta situação faz-me sentir culpado	15	0	1	0

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Reacções ao cuidar – Fase de planeamento em saúde - Avaliação

REACÇÕES AO CUIDAR – CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Traz-me problemas de dinheiro	8	0	5	0
Por vezes sinto-me de “mãos atadas” sem poder fazer nada	7	4	2	0
Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados	4	2	7	0
Esta situação faz-me sentir culpado	13	0	0	0

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Apoio familiar – Fase de planeamento em saúde – Diagnóstico

APOIO FAMILIAR – CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
As pessoa da família não dão tanta atenção como eu gostaria	4	0	9	3
Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	8	-	6	2

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Categoria Apoio familiar – Fase de planeamento em saúde - Avaliação

APOIO FAMILIAR – CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
As pessoa da família não dão tanta atenção como eu gostaria	11	1	1	0
Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	11	1	1	0

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Apoio profissional – Fase de planeamento em saúde - Diagnóstico

APOIO PROFISSIONAL- CADI - Diagnóstico	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam	7	2	7	0
Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	1	0	14	1

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) – Apoio profissional – Fase de planeamento em saúde - Avaliação

APOIO PROFISSIONAL- CADI - Avaliação	Não acontece	Acontece e sinto que		
		não me perturba	me causa alguma perturbação	me causa muita perturbação
Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam	12	1	0	0
Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	11	1	1	0

**APÊNDICE VIII - Entrevista semi estruturada e consentimento informado para estudo
de caso**

ENTREVISTA

Data: ____/____/____

1. Fale-me da sua experiência
2. Quando foi a primeira vez que cuidou de alguém?
3. Como tomou a decisão de cuidar do doente dependente?
4. Ser cuidador, uma opção ou uma obrigação?
5. Qual a rotina diária de cuidados com a doente dependente?
 - Cuidados físico-instrumentais, gestão financeira, apoio emocional.
 - Quais os cuidados que acha mais importantes?
 - Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?
 - Presta este tipo de cuidados a mais alguém?
6. O cuidar da doente dependente, alterou o seu quotidiano? Como?
7. Quais as transformações/redistribuição de tarefas teve de fazer na sua vida?
 - Familiar
 - Económico
 - Social
 - Profissional
8. O que é que a/o alivia da sua tarefa de cuidar?
9. Gosta de cuidar?
10. É uma obrigação?
11. O que sente em relação ao seu doente e à situação?
 - Resignação
 - Solidão
 - Perda de liberdade
 - Cansaço
 - Obrigação
 - Outros...
12. Como aprendeu a cuidar da doente dependente?
13. Quais as maiores necessidades que sente para prestar esse cuidado?
14. De que apoio dispõe para cuidar da doente dependente?
15. Quais os contributos dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados à doente dependente?
16. Acha que sempre que possível os doentes dependentes devem ser cuidados em casa?
17. Considera que tem os conhecimentos necessários para cuidar do doente dependente em casa?

CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Maria Leonor Bacharel de Carvalho Moutinho, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem comunitária na Escola superior de enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um estudo que tem como objectivo Conhecer as dificuldades dos cuidadores principais, de doentes dependentes que integram a equipa de cuidados continuados integrados do centro de saúde de Sines, no sentido de capacitá-los para superar ou minimizar essas dificuldades.

Para realizar este estudo preciso da sua colaboração para responder a uma entrevista sobre a caracterização do cuidador, do utente e das dificuldades do cuidador.

Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária. Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado (a) e esclarecido (a).

Muito obrigado pela sua colaboração

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicitamo-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo
2. Não aceito participar no estudo

Muito obrigado pela sua colaboração

Assinatura, _____

data ____/____/____

APÊNDICE IX - Cronograma das atividades desenvolvidas

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Actividades desenvolvidas	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Reunião com a professora coordenadora	1 e 23	15	21	29	15				11		2	26
Reunião com a Enfermeira orientadora	3, 16, 21, 31	5,12, 19, 26	3, 10	2, 7,21	7, 15							
Elaboração de diagnósticos de enfermagem	●											
Determinação de prioridades	●											
Fixação de objectivos	●											
Seleccção de estratégias	●											
Preparação operacional	●	●										
Implantação do projecto		●	●									
Avaliação do projeto				●	●							
Realização do relatório	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

**APÊNDICE X - Preparação operacional – 5ª etapa do processo de planejamento em
saúde**

QUADRO RESUMO DA PREPARAÇÃO OPERACIONAL – 5ª ETAPA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Objetivo a atingir
<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a Directora da Caritas, Irmã Conceição, responsável pela equipa de voluntariado da Caritas; - Verificação da disponibilidade da equipa de voluntariado para apoiar os cuidadores principais da ECCI; 	Enfermeira Leonor	Outubro de 2012	UCC de Sines	Entrevista	N.º de cuidadores apoiados pela equipa de voluntariado/N.º de cuidadores que querem ter o apoio de voluntariado	Que metade dos cuidadores interessados possa ter o apoio da equipa de voluntariado
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias que diminuem as dificuldades do cuidador; - Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas das sessões com os parceiros da equipa de saúde e comunidade. 	Enfermeira Leonor	Outubro de 2012 a fevereiro de 2013	UCC de Sines	Pesquisa bibliográfica	Atingir os objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Que pelo menos metade dos cuidadores, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “Deixa-me muito cansado fisicamente” - Que pelo menos metade dos cuidadores principais de doentes dependentes da ECCI de Sines, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “a qualidade da minha vida piorou” - Que pelo menos quatro cuidadores, alterem o seu “sentir”, de lhe causar muita perturbação, para lhe causar alguma perturbação, relativo à afirmação: “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”
<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com Assistente social da segurança social, médica de família, fisioterapeuta e higienista oral, e saber qual a disponibilidade para participar no projeto; - Planeamento e execução das sessões 				Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de reuniões previstas/n.º de reuniões realizadas - N.º de sessões programadas/n.º de reuniões realizadas 	

APÊNDICE XI - Pesquisa sobre as estratégias de intervenção: Apoio por uma equipa de voluntariado e sessões formativas e de partilha

Pesquisa sobre estratégias de intervenção: Voluntariado e equipa de voluntariado de Sines; sessões formativas e de partilha.

Voluntariado e equipa de voluntariado de Sines

Voluntariado, segundo o artigo 2.º da Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro é o

“conjunto de acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade, desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas”.

Voluntário, segundo o artigo 3.º da Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro é o “indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora”.

A Caritas Paroquial de Sines é uma instituição privada de solidariedade social (IPSS) da Paróquia de Sines, Diocese de Beja.

Segundo o site da Caritas de Sines (2012) e a directora desta instituição, a Caritas de Sines tem como objectivos:

“sensibilizar os membros da comunidade paroquial para a partilha de bens, da acção social e da caridade, com o objetivo de contribuírem para o bem da sociedade em que vivem; ajudar nos programas e iniciativas da Caritas Diocesana de Beja; desenvolver em colaboração com o Centro Regional de Segurança Social de Setúbal e com outras instituições, da Igreja ou não, que na área exercem actividades afins; organizar e orientar serviços de carácter assistencial, promocional, social e cultural, consoante as necessidades e as possibilidades; colaborar em campanhas e tomar iniciativas de promoção sociocultural e de educação, sobretudo em favor dos mais carecidos”

De acordo com o site da Caritas (2012), para alcançar os seus objectivos, a Caritas de Sines recorre entre outros, aos seguintes meios: Constituição de um grupo de voluntários, procurando certificar-lhes formação espiritual e técnica; assistência, mediante contrato com o estado, autarquias, instituições privadas e empresas, na organização e manutenção de serviços ou na realização de acções.

A Caritas desenvolve o serviço comunitário, tentando responder aos problemas sociais, independente da sua religião.

Segundo a responsável da equipa de voluntariado a equipa de voluntários da Caritas constituiu-se em 2008. Os voluntários fazem visitas dois a dois, e no momento da entrevista tinham 35 pessoas/famílias em visita domiciliária. Os voluntários da Equipa de Visitadores procuram estabelecer um relacionamento com as pessoas/famílias de forma a criar um ambiente que facilite a expressão de sentimentos. Estes voluntários também podem desenvolver acções com o indivíduo/família, desde que estejam de acordo com as suas capacidades, e com o seu tempo livre, por exemplo, ficarem em casa com o utente o tempo necessário para a família ir às compras.

Sono e repouso

A necessidade de dormir e repousar constitui uma necessidade de todo o ser humano, pois de permite a recuperação e o bom funcionamento do organismo. O organismo tem necessidade de um período de sono em cada ciclo de 24 horas. O repouso e o sono dependem do relaxamento muscular. Uma das principais funções do sono é manter-nos acordados. “Se não dormimos o suficiente estamos sonolentos ou com menor capacidade para desempenhar os afazeres do nosso dia-a-dia” (Paiva, 2008, p. 40). Além disso, durante o sono (Paiva, p. 39), cumprem-se diversas funções de extrema importância para a nossa vida, tais como, a segregação de hormonas que são essenciais para o bom funcionamento do nosso organismo e a estabilização dos processos imunológicos, e é através dos sonhos é restabelecido o equilíbrio emocional.

O sono é uma necessidade básica dos seres humanos e, portanto, tem influência em sua qualidade de vida. Nesse aspecto, importante papel é atribuído à qualidade do sono. Sabe-se que a experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é muito desagradável, reflectindo-se no desempenho da pessoa, nas suas actividades diárias, no comportamento e bem-estar. A saúde física e emocional está dependente de um sono e repouso adequados. O sono está associado a uma variedade de alterações, incluindo esgotamento, depressão, problemas de memória, obesidade, diabetes, hipertensão e riscos cardio e cerebrovasculares (Paiva, 2008). “O sono continua a ter funções que se desconhecem, mas, sabe-se que é mais essencial à vida do que comer e beber” (Paiva, 2008, p.17).

Segundo Paiva (2008) as primeiras consequências da privação de sono são: alterações da memória, irritabilidade e incapacidade de dormir. Com o passar dos anos esta da privação pode levar ao esgotamento, a depressão, problemas de memória, obesidade, diabetes, hipertensão e riscos cardiovasculares e cerebrovasculares. Segundo Henriques (2008), as pessoas que reduzem o seu tempo de sono têm consequências graves como sonolência excessiva durante o dia, diminuição da vigília, risco de depressão, insónia e acidentes.

Segundo Paiva (2008, p. 73), A importância da higiene do sono assemelha-se à higiene corporal. Só com uma adequada higiene do sono é possível ter um sono reparador. Nesse sentido, deve-se (Paiva, 2008, p.72, 73, 86,87): conservar um horário regular para deitar e acordar; deitar apenas na hora de dormir; conceber um ambiente calmo e confortável para o quarto; evitar ingerir bebidas com cafeína, principalmente à noite; realizar exercício físico, mas de manhã ou à tarde, evitando a sua prática próximo da hora de deitar; não ingerir grandes quantidades de comida ao jantar e aguardar pelo menos três horas antes de deitar; não adormecer a ver televisão, nem ver televisão na cama; depois do jantar procurar actividades relaxantes; não dormir com as persianas abertas nem ter luz no quarto e ser optimista. Segundo Fernandes et al (2012), A privação do sono por mais de cinco ou seis dias provoca alterações comportamentais e fisiológicas com risco para a própria vida.

Num estudo de Sequeira (2010, p. 290), refere que as principais queixas de saúde dos cuidadores são, entre outras são o cansaço e as alterações de sono.

Técnicas de relaxamento

Segundo Payne (2003, p.3), “o termo “relaxado” é usado quer para referir relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade”, pois o estado de relaxamento “pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos”. Os aspectos psicológicos incluem as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stresse.

Segundo Titlebaum, (1988), citado por Payne (2003, p. 4), o relaxamento tem três objectivos: Como medida preventiva, evitando o stresse; como medida de tratamento para ajudar a aliviar o stresse, e como uma competência para lidar com o stresse.

Os cuidadores principais podem ter alívio nas suas dificuldades na utilização de técnicas de relaxamento, pois pode permitir-lhes o alívio da tensão e do cansaço. As técnicas de relaxamento devem ser de fácil aprendizagem e aplicação, não necessitar de conhecimentos especializados, usar equipamento simples e adaptar-se a todas as idades. (Payne, 2003, p.13). O relaxamento profundo refere-se a um total relaxamento do corpo, enquanto o superficial

pode ser aplicado no dia-a-dia, produzindo um efeito imediato e podem ser utilizadas quando a pessoa se encontra em situações de grande stress, conseguindo libertar assim o excesso de tensão (Payne, 2003, p.13).

O treino de relaxamento comportamental, tem como base, que a “pessoa tensa adopta um padrão característico de actividade muscular, sob a forma de expressão carregada da face, rigidez e tensão corporal generalizada”(Payne, 2003. p. 79), ou seja as pessoas sentem as emoções que correspondem às posturas que adoptam. Assim o objectivo deste tipo de relaxamento é adoptando uma postura relaxada, se consiga passar a sentir mais relaxado. Este treino, idealmente deve ser feito num quarto aquecido, tranquilo e com luz ténue. A pessoa deve sentar-se numa cadeira de recosto almofadada. Se não for possível este ambiente poderá sempre adaptar-se à situação existente. Neste método vai-se progressivamente tentado relaxar as diferentes partes do corpo, sendo os olhos os últimos, uma vez que a própria pessoa que está a fazer o treino, precisa deles para observar mentalmente os outros comportamentos. (Payne, 2003, p. 80 a 82).

Os cuidadores principais, como se lhes deparam dificuldades no dia-a-dia, que advêm do cuidar, ao adoptarem durante o dia posturas de relaxamento podem induzir o sentimento subjectivo de relaxamento, proporcionando assim o controlo da ansiedade perante as dificuldades com que se deparam. Os cuidadores principais foram convidados a dispensar 20 minutos do seu dia a praticar este método.

Os cuidadores também podem realizar mini- relaxamentos durante o dia, isto é qualquer acção utiliza grupos musculares específicos, contudo os músculos que não estão a ser trabalhados podem ser relaxados. Assim, o método consiste, na redução da tensão muscular até abaixo do nível em que a tarefa pode ser realizada e, depois ir reintroduzindo a tensão a um nível mínimo, no qual a tarefa pode ser levada a cabo com eficácia. (Payne, 2003, p. 107).

Alimentação e higiene Oral

Segundo a direcção geral da saúde (2008), a Organização Mundial da Saúde recomenda o desenvolvimento de estratégias de saúde pública para promover a saúde em geral e a saúde oral em particular, pois as doenças da boca e dos dentes têm consequências negativas na qualidade de vida das pessoas. Recomendam-se a todas as pessoas as práticas adequadas de higiene oral, o que contribui para a manutenção de uma boa saúde oral.

A ausência parcial ou total de dentes traz graves consequências no nível da saúde física e emocional. A capacidade de mastigação torna-se muito reduzida afectando as escolhas

alimentares, contribuindo para défices nutricionais e, conseqüentemente, para um risco aumentado de aparecimento de outras doenças.

A direcção geral da saúde (2008) esclarece que o facto de as pessoas tomarem vários medicamentos, pode trazer repercussões a nível da saúde oral. Existem muitos medicamentos, em que um dos efeitos secundários é a diminuição do fluxo salivar (xerostomia). A saliva tem uma acção de protecção muito importante, pelo que a diminuição da quantidade produzida, torna as pessoas muito mais vulneráveis ao aparecimento e/ou agravamento de diversos problemas orais, sendo necessário reforçar a lavagem da boca e escovagem dos dentes e, eventualmente, utilizar produtos específicos que promovam maior produção de saliva.

Assim, as doenças associadas à medicação, à falta de dentes, ao uso de próteses mal adaptadas podem limitar a escolha alimentar.

Segundo a direcção geral da saúde (2008) uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias. Neste sentido a direcção geral de saúde (2008) refere algumas indicações: Fazer uma alimentação variada e evitar comer demais; começar as refeições com sopa ou pratos com vegetais; consumir líquidos em abundância, especialmente a água; consumir alimentos ricos em fibras; comer regularmente e com calma, mastigando bem os alimentos e não saltar refeições; tomar sempre o pequeno-almoço; reduzir o consumo de sal e limitar o consumo de açúcar refinado.

Recursos da comunidade

Existem vários recursos da comunidade que passo a descrever:

Banco Local de Voluntariado de Sines

O Banco Local de Voluntariado de Sines (BLVS) é promovido pela Câmara Municipal de Sines, e os principais objectivos do BLVS são incentivar e fomentar a prática do voluntariado a favor da comunidade, promover o encontro entre a oferta e a procura de voluntariado e formar voluntários. As áreas onde é possível exercer voluntariado são diversificadas, tais como: acção social, ambiente, desporto, educação, saúde, entre outras.

Segundo dados da Câmara Municipal de Sines há entidades interessadas em ter o apoio do BLVS, mas não há inscrições de voluntários.

Santa Casa da Misericórdia de Sines

A Santa Casa da Misericórdia de Sines tem serviço de internamento, centro de dia e apoio domiciliário. O apoio domiciliário estende-se a todo o Concelho de Sines, e assegura a prestação dos seguintes serviços: Alimentação (distribuição de refeições), que inclui almoço e jantar, diariamente, incluindo fins-de-semana, e feriados. Os cuidados de higiene e conforto pessoal, arrumação, limpeza, tratamento de roupas ao domicílio são feitos aos dias úteis.

No âmbito do programa do Banco Alimentar, a santa casa da Misericórdia de Sines presta apoio a muitos munícipes carenciados, ao nível da alimentação.

Associação Gralha

Dá apoio aos doentes e famílias de Porto Côvo. Esta associação tem centro de dia para os mais velhos, presta serviço de apoio domiciliário para higiene do doente dependente, tem lavandaria social, gabinete de atendimento de acção social por parte da segurança Social, centro de recolha de amostra de análises clínicas e distribuição alimentar às pessoas carenciadas.

Associação de Moradores do Salão Comunitário da Sonega

Prestam serviço de apoio domiciliário na área da Sonega para higiene do doente dependente, limpeza da casa e de centro de dia.

Câmara Municipal de Sines

A câmara municipal de Sines tem vários espaços e programas dedicados aos mais velhos, assim, o “**Espaços seniores**” tem três espaços de convívio em três pontos da cidade, com sala de estar, jogos, serviço de café e pequena biblioteca actualizada. O programa “**Desporto é vida**” tem como objectivo contribuir para a prática desportiva desta faixa etária, proporcionando vários desportos gratuitos como a natação e a caminhada. O município de Sines procura proporcionar momentos de lazer, cultura e convívio (passeios, almoços e bailes). O projecto “**Avós e letras**”, tem como finalidade a leitura de contos em voz alta junto da comunidade mais idosa, nos “Espaços Seniores” e no Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Sines.

Associação PROSAS

A “Associação PROSAS” é um projecto Sénior de Artes e Saberes de Sines, é membro da Rede das Universidades da Terceira Idade, e oferece um conjunto de cursos e actividades concebidos para estimular a aprendizagem ao longo da vida.

Loja Social

A Loja Social é um projecto da Associação Sines Solidária, que funciona em instalações cedidas pela câmara municipal, para apoio às pessoas e famílias mais desprotegidas. Trabalha na recolha de bens, doados por particulares, empresas ou comerciantes, e na sua atribuição aos munícipes em situação de carência comprovada por técnicos de entidades idóneas.

A Loja Social “Mão Amiga”

É um projecto da Associação Sociocultural de Porto Covo, destina-se a esta população que se encontre em situação de carência económica.

Loja Social "Sinergia Solidária" (Misericórdia de Sines)

A loja disponibiliza diversos artigos de vestuário e calçado, de forma gratuita ou mediante donativos simbólicos. Além disso, esta loja funciona também como um espaço onde a comunidade poderá aceder a diferentes ajudas técnicas.

Serviço Local da Segurança Social

Deve ser a primeira entidade de Sines a que se deve recorrer para apoio social. Utilizam os seus serviços pessoas com insuficiência económica, doença ou invalidez, deficiência, desemprego, desajustamento psicossocial, problemas habitacionais, insuficiência de equipamentos de apoio. Este serviço ajuda ou encaminha para os recursos disponíveis.

A Caritas Paroquial de Sines

Tem uma equipa de voluntariado e apoia os munícipes mais carenciados através da distribuição de alimentos e de vestuário.

APÊNDICE XII - Sessão: “Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores - Preparação operacional, plano e avaliação da sessão

PREPARAÇÃO OPERACIONAL DA SESSÃO SOBRE ESTRATÉGIAS QUE DIMINUEM AS DIFICULDADES DO CUIDADOR

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Metas
Realização de sessão sobre a importância de se cuidar, principais dificuldades dos cuidadores e estratégias para as superar	Enfermeira Leonor	Novembro 2012	Centro de Saúde de Sines	Pesquisa bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação - N° de sessões realizadas/N° de sessões previstas - N° de cuidadores que participaram na sessão/N° de cuidadores inscritos 	Realizar uma sessão aos cuidadores que se possam deslocar ao centro de saúde

Sessão – “Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores

Objectivos: - Reflectir sobre o significado de ser cuidador

- Conhecer estratégias utilizadas para aliviar as dificuldades dos cuidadores

Atividades	Conteúdos	Tempo	Métodos/técnicas	Recursos
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador - Apresentação de cada participante individualmente ao grupo - Explicação dos objectivos das sessões - Fornecem-se informações quanto ao número, duração, local das sessões assim como os objectivos das mesmas; - Explicam-se algumas regras como seja a confidencialidade de todos os dados e de todos os assuntos abordados nas sessões. 	10 min.	Método expositivo e interactivo	Computador e data- show
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Pede-se aos participantes que expressem a sua opinião relativa ao que significa ser cuidador. - Exposição: Apresentação dos dados relativos às maiores dificuldades apresentadas pelos cuidadores. - Pede-se aos participantes que expressem a sua opinião relativa às estratégias que utilizam para superar as dificuldades que advêm do cuidar. - Informar sobre estratégias para diminuir as dificuldades 	20 min.	<p>Debate</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Quadro de parede</p> <p>Computador e data- show</p>
Síntese e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese do que foi dito. - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos uma estratégia que possa utilizar de forma a aliviar as dificuldades de ser cuidador. - Pede-se a todos os participantes que façam a avaliação da sessão. 	20 min.	Método expositivo e interactivo	Computador e data- show

Avaliação da sessão

“Ser cuidador”: Significado e estratégias para diminuir as dificuldades reconhecidas pelos cuidadores - 6 participantes

Considerou que a sessão contribuiu para conhecer estratégias que diminuem as dificuldades do cuidar?

Muito	5
Pouco	1
Nada	

Quais as novas estratégias que conheceu nessa sessão?

Estratégias	Sim	Não
Confiar na minha própria experiência e competência	6	
Estabelecer prioridades e concentrar-se nas mais importantes	5	1
Falar dos meus problemas a alguém a quem confio	4	2
Procurar informação	5	
Pedir e aceitar ajuda	5	1
Rezar	4	2
Realizar actividades de lazer	5	1
Viver um dia de cada vez	5	1

Quais as estratégias que consegue adaptar ao seu dia a dia?

Estratégias	Sim	Não
Confiar na minha própria experiência e competência	6	
Estabelecer prioridades e concentrar-se nas mais importantes	6	
Falar dos meus problemas a alguém a quem confio	5	1
Procurar informação	5	1
Pedir e aceitar ajuda	2	4
Rezar	3	3
Realizar actividades de lazer	4	2
Viver um dia de cada vez	6	

**APÊNDICE XIII - Sessão: “Estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores do doente dependente: lazer, importância do sono e repouso e técnicas de relaxamento” –
Preparação operacional, plano e avaliação da sessão**

PREPARAÇÃO OPERACIONAL DA SESSÃO SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS – ESTRATÉGIAS FACILITADORAS – LAZER, SONO E REPOUSO E TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Metas
Realização de sessão sobre a prestação de cuidados – Estratégias facilitadoras – lazer, sono e repouso e técnicas de relaxamento	- Enfermeira Leonor - Médica de família com formação na área do sono e técnicas de relaxamento	Novembro 2012	Centro de Saúde de Sines	Pesquisa bibliográfica	- Questionário de avaliação - N° de sessões realizadas/N° de sessões previstas - N° de cuidadores que participaram na sessão/N° de cuidadores inscritos	Realizar uma sessão aos cuidadores que se possam deslocar ao centro de saúde

Sessão - Estratégias para diminuir as dificuldades dos cuidadores do doente dependente: lazer, importância do sono e repouso e técnicas de relaxamento.

Objectivo: Informar e reconhecer estratégias que facilitam a prestação de cuidados ao doente dependente

Atividades	Conteúdos	Tempo	Métodos/técnicas	Recursos
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Questionam-se os participantes quanto à forma como decorreu a semana, e se existe alguma questão que queiram colocar. - Apresentação dos conteúdos programados para a sessão: - Estratégias que facilitam a prestação de cuidados ao doente dependente: lazer – Enf. Leonor - Sono, repouso e técnicas de relaxamento – Dra. Celestina 	10 min.	Método expositivo e interactivo	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior; - Pede-se aos participantes que expressem a sua opinião relativa aos hábitos de lazer, e que os enumerem. - Exposição: - exposição sobre estratégias que facilitam a prestação de cuidados: lazer <ul style="list-style-type: none"> - Pede-se aos participantes que digam quais as estratégias que utilizam para bons hábitos de sono e repouso. - Informa-se os participantes sobre as estratégias utilizadas para bons hábitos de sono e repouso. - Pergunta-se aos participantes se conhecem e utilizam técnicas de relaxamento. - Exposição sobre técnicas de relaxamento e sua aplicação no quotidiano 	5 min.	Método expositivo Debate Quadro de parede	Computador e data-show
Síntese e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese do que foi dito; - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos uma forma de lazer - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos uma estratégia que possa utilizar de forma a adquirir bons hábitos de sono. - Pede-se a cada um dos participantes que identifique uma técnica de relaxamento, como estratégia facilitadora da prestação de cuidados. 	15 min.	Método expositivo e interactivo	

Avaliação da sessão

“Lazer, hábitos de sono e técnicas de relaxamento” - 6 participantes

Achou importante conhecer estratégias para hábitos de lazer, de sono e técnicas de relaxamento?

Muito	6
Pouco	
Nada	

Que novas estratégias de lazer conheceu?

Estratégias	
Passear	2
Ver a natureza	4
Ler um livro	2
Estar com os amigos e família	4

Que novas estratégias conheceu para bons hábitos de sono?

Estratégias	
Ter um horário regular para se deitar	6
Deitar apenas na hora de dormir	6
Não ingerir chá ou café depois das 18 horas	4
Não tomar medicação sem prescrição médica	3
Não ingerir grandes quantidades de comida ao jantar	2

Que novas técnicas de relaxamento conheceu?

Técnicas de relaxamento
Sentada - 6

**APÊNDICE XIV- Sessão: “Importância da mobilidade” – Preparação operacional plano
e avaliação da sessão**

PREPARAÇÃO OPERACIONAL DA SESSÃO SOBRE “IMPORTÂNCIA DA MOBILIDADE, POSICIONAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS DE PESSOAS DEPENDENTES”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Metas
Realização de sessão sobre “Importância da mobilidade, posicionamentos e transferências de pessoas dependentes.”	Enfermeira Leonor e Fisioterapeuta Filipa	Dezembro de 2012	Centro de saúde de Sines	Pesquisa bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação - Nº de sessões realizadas/Nº de sessões previstas - Nº de cuidadores que participaram na sessão/Nº de cuidadores inscritos 	Realizar uma sessão aos cuidadores que se possam deslocar ao centro de saúde

Sessão – “Importância da mobilidade”

Objetivo: Conhecer estratégias que facilitam a mobilização do doente dependente

Conteúdos	Atividades	Tempo	Métodos/técnicas	Recursos
- Apresentação	- Questionam-se quanto à forma como decorreu a semana, e se existe alguma questão que queiram colocar. - Apresentação da Fisioterapeuta Filipa	10 min.	Método expositivo e interactivo	
Desenvolvimento	- Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior; - Apresentação dos conteúdos programados para a sessão: <ul style="list-style-type: none">- Estratégias que facilitam a mobilização do doente dependente- Questionam-se os participantes quanto à forma como mobilizam o seu doente.- No quadro vão-se escrevendo as principais ideias.- No final faz-se uma síntese do que foi dito. Exposição: O que diz a bibliografia relativamente a esta temática	5 min.	Método expositivo Debate Quadro de parede	Computador e data- show
Síntese e avaliação	- Síntese do que foi dito - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos um recurso da comunidade que já utilize ou possa vir a utilizar.	15 min.	Método expositivo e interactivo	

Avaliação da sessão

“Importância da mobilidade” - posicionamentos e transferências de pessoas dependentes - 5 participantes

Achou importante conhecer a importância da mobilidade, posicionamentos e transferências de pessoas dependentes?

Muito	5
Pouco	
Nada	

Considera que os conteúdos abordados foram de encontro às suas expectativas?

Muito	5
Pouco	
Nada	

Considera que as estratégias que conheceu de mobilização, posicionamentos e transferência, lhe facilitam a tarefa de cuidar?

Muito	5
Pouco	
Nada	

**APÊNDICE XV – Sessão “Alimentação e higiene Oral” – Preparação operacional, plano
e avaliação**

PREPARAÇÃO OPERACIONAL DA SESSÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E HIGIENE ORAL

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Metas
Realização de sessão sobre higiene oral e alimentação	- Enfermeira Leonor - Higienista Oral Marta;	Dezembro de 2012	Centro de saúde de Sines	Pesquisa bibliográfica	- Questionário de avaliação - N.º de sessões realizadas/Nº de sessões programadas - Nº de cuidadores que participaram na sessão/Nº de cuidadores inscritos	Realizar uma sessão aos cuidadores que se possam deslocar ao centro de saúde

Sessão - Estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados ao doente dependente: Alimentação e higiene oral

Objectivo: Informar sobre estratégias que facilitam a prestação de cuidados ao doente dependente: Alimentação e higiene oral

Atividade	Conteúdos	Tempo	Métodos/técnicas	Recursos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Questionam-se quanto à forma como decorreu a semana, e se existe alguma questão que queiram colocar. - Estratégias que facilitam a prestação de cuidados ao doente dependente: - Higiene oral e alimentação 	10 min.	Método expositivo e interactivo	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior; - Apresentação dos conteúdos programados para a sessão: - Estratégias que facilitam a prestação de cuidados ao doente dependente: - Higiene oral e alimentação - Questionam-se os participantes quanto à forma de como fazem a higiene oral ao seu doente; - No quadro vão-se escrevendo as principais ideias. - No final faz-se uma síntese do que foi dito. - Exposição: O que dizem as normas relativamente às estratégias utilizadas para bons hábitos de higiene orais - -Questionam-se os participantes relativamente ao que contribui para uma alimentação saudável? - No quadro vão-se escrevendo as principais ideias. - No final faz-se uma síntese do que foi dito. - - Exposição sobre recomendações da direcção geral da saúde sobre alimentação saudável 	5 min.	<p>Método expositivo</p> <p>Debate</p> <p>Quadro de parede</p>	Computador e data- show
Síntese e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos uma estratégia que possa utilizar de forma a ter bons hábitos de higiene oral. - Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos um aspecto que contribui para uma alimentação saudável. 	15 min.	Método expositivo e interactivo	

Avaliação da sessão

“Alimentação e Higiene oral” - 4 participantes

Considera importante fazer a higiene oral ao seu doente/familiar?

Muito	4
Pouco	
Nada	

Considerou importante a sessão sobre higiene oral, como contributo para a melhoria da saúde geral do seu doente/cuidador?

Muito	4
Pouco	
Nada	

Considera importante uma alimentação variada?

Muito	4
Pouco	
Nada	

Considera importante a frequência da ingestão de água?

Muito	4
Pouco	
Nada	

**Apêndice XVI - Sessão: “Recursos da comunidade” – Preparação operacional, plano e
avaliação da sessão**

PREPARAÇÃO OPERACIONAL DA SESSÃO SOBRE RECURSOS DA COMUNIDADE

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Avaliação	Metas
Realização de sessão sobre recursos da comunidade	- Enfermeira Leonor - Assistente Social Teresa Peniche	novembro 2012	Centro de saúde de Sines	Pesquisa dos recursos existentes na comunidade	- Questionário de avaliação - Nº de sessões realizadas/Nº de sessões previstas - Nº de cuidadores que participaram na sessão/Nº de cuidadores inscritos	Realizar uma sessão aos cuidadores que se possam deslocar ao centro de saúde

Sessão nº 2 - Recursos da comunidade

Objectivo: Informar sobre os recursos existentes na comunidade que potencialmente possam diminuir as dificuldades do cuidador

Actividades	Conteúdos	Tempo	Métodos/técnicas	Recursos
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Questionam-se os participantes quanto à forma como decorreu a semana, e se existe alguma questão que queiram colocar.- Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior;- Apresentação dos conteúdos programados para a sessão:<ul style="list-style-type: none">- Recursos da comunidade	10 min.	Método expositivo e interactivo	Computador e data- show
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Questionam-se os participantes relativamente ao conhecimento que têm quanto aos recursos existentes na comunidade.- No quadro vão-se escrevendo as principais ideias.- No final faz-se uma síntese do que foi dito.- Exposição: Recursos da comunidade- Questionam-se os participantes relativamente aos recursos que se adaptam à situação de cada um;- No quadro vão-se escrevendo as principais ideias.- No final faz-se uma síntese do que foi dito.	25 min.	<ul style="list-style-type: none">DebateQuadro de paredeMétodo expositivoDebateQuadro de parede	<ul style="list-style-type: none">Computador e data- showComputador e data- showComputador e data- show
Síntese e avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da que foi dito;- Pede-se a cada um dos participantes que identifique pelo menos um recurso da comunidade que já utilize ou possa vir a utilizar.	15 min.	Método expositivo e interactivo	

Avaliação da sessão

“Recursos da comunidade” – 5 participantes

Achou importante conhecer os recursos e apoios existentes na comunidade?

Muito	5
Pouco	
Nada	

Que novos recursos conheceu?

Recursos	
Santa casa da Misericórdia de Sines	2
Caritas de Sines	
Associação PROSAS	2
Programa desporto é vida	3

Que novos apoios sociais conheceu?

Apoios	
Complemento por dependência	
Complemento do cônjuge	3
Loja social da Santa Casa da Misericórdia de Sines	4
Sines solidária	3
Banco alimentar da Santa Casa da Misericórdia e caritas	2